À L'AUBE DU XXI^{e} SIÈCLE

LES HÔPITAUX PUBLICS DE L'ONTARIO

Rapport du Comité de direction
sur l'examen de la Loi sur les hôpitaux publics

Février 1992

Publié par le ministère de la Santé
de l'Ontario

Des exemplaires supplémentaires de ce rapport sont disponsibles au coût de 9,00 $ chacun auprès de la Librairie du gouvernement de l'Ontario, 880, rue Bay, Toronto.

Les clients de l'extérieur peuvent s'adresser à: Publications Ontario, 880, rue Bay, 5e étage, Toronto (Ontario) M7A 1N8 téléphone: (416) 326-5300. Veuillez libeller votre chèque à l'ordre du Trésorier de l'Ontario.

Remarque: Dans ce texte, lorsqu'il désigne des personnes, le masculin est utilisé au sens neutre.

Ontario

Ministry of Health / Ministère de la Santé

Février 1992

Division des soins en établissement
15, boul. Overlea, 7e étage
Toronto (Ontario)
M4H 1A9

L'honorable Frances Lankin
Ministre de la Santé
Édifice Hepburn, 10e étage
Queen's Park
Toronto (Ontario)
M7A 2C4

Madame,

Il me fait plaisir de vous présenter le rapport du Comité de direction sur l'examen de la Loi sur les hôpitaux publics.

En présentant ce rapport, j'aimerais remercier les membres du Comité de direction et des groupes de travail pour leur dévouement inlassable, les nombreuses heures qu'ils nous ont consacrées, leurs idées et leur jugement.

Depuis sa création, le Comité, présidé par Jay Kaufman, a essayé d'utiliser le principe du consensus afin d'en arriver aux recommandations. En général, nous sommes parvenus à un consensus sur la plupart des questions. Cependant, le consensus ne signifie pas l'unanimité. Le présent rapport ne reflète pas l'opinion individuelle de tous les membres, mais il vise néanmoins à communiquer une discussion équilibrée sur les questions.

Le rapport recommande qu'une nouvelle loi sur les hôpitaux publics soit élaborée. Le Comité vous soumet respectueusement ses conclusions et recommandations; nous croyons qu'elles aideront le gouvernement à mettre au point une loi sur l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux de l'Ontario à l'aube du XXIe siècle.

Bien cordialement,

Ronald T. Sapsford

Ronald T. Sapsford
Président,
Comité de direction

92-06117/

Table des matières

LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT

RÉSUMÉ

RÉSUMÉ 1
RECOMMANDATIONS 14

CHAPITRE 1 - INTRODUCTION 1
L'origine de l'examen 1
Les mémoires 1
Le Comité de direction 1
Le mandat 2
Le processus 2
Les groupes de travail 3
L'examen 4
Le rapport 4

CHAPITRE 2 - LE CONTEXTE DES CHANGEMENTS

2.1 LA NATURE CHANGEANTE DE L'ONTARIO 6

2.2 LA NATURE CHANGEANTE DES SOINS DE SANTÉ ET DES HÔPITAUX 7

2.3 LE FONCTIONNEMENT ET LA GESTION DES HÔPITAUX 8

2.4 LA PROVINCE ET LE FINANCEMENT 9
2.4.1 Le financement des hôpitaux 10
2.4.2 Le système provincial de soins de santé 11
2.4.3 La réglementation 14
2.5 LES FONDEMENTS 15

CHAPITRE 3 - LES PRÉMISSES ET LES PRINCIPES 16

3.1 INTRODUCTION 16

3.2 LES PRÉMISSES DE BASE 17
3.2.1 Une loi habilitante 17
3.2.2 La coordination et l'intégration des services de santé 19
Le ministère de la Santé 19

Les conseils régionaux de santé 20
L'hôpital 21
La communauté 22
Le patient 22
Le rôle de la Loi sur les hôpitaux publics 23
3.3 LES PRINCIPES 23
3.3.1 Des traitements et des soins accessibles et équitables axés sur les patients 24
L'accessibilité 24
Les droits des patients 25
3.3.2 La réaction aux besoins locaux, régionaux et provinciaux 25
Les intérêts de la communauté 25
Les besoins de la communauté 26
3.3.3 La responsabilité envers le patient et le public 26
3.3.4 L'engagement envers la qualité 27
3.3.5 L'efficacité de la gestion 29
3.3.6 Les valeurs et les traditions 29

3.4 UNE NOUVELLE LOI SUR LES HôPITAUX PUBLICS 30
3.4.1 Un déclaration de principes 30

CHAPITRE 4 - LE CONTRAT SOCIAL 31

4.1 INTRODUCTION 31
4.2 LA DÉFINITION DU CONTRAT SOCIAL 32
4.2.1 L'objet du contrat social 32
4.2.2 Les conditions du contrat social 32
4.2.3 Les parties au contrat 33
4.2.4 La négociation du contrat social 34
4.2.5 La portée et la teneur du contrat social 37
4.2.6 La durée 39

4.3 LA RÉSOLUTION DES DIFFÉRENDS 41

CHAPITRE 5 - L'ADMINISTRATION 43

5.1 INTRODUCTION 43
5.1.1 L'administration bénévole 43

5.2 LES RESPONSABILITÉS DE L'ADMINISTRATION 44
5.2.1 Définition des critères de responsabilité 44
La société 45
Sans but lucratif 45
Les objets 46

Les liens avec le secteur de la santé 46
5.2.2 Les objets et les principes de l'hôpital 46
5.2.3 La direction et la gestion 48
5.2.4 La qualité des soins 50
5.2.5 La déontologie 51
La gestion multipartite 53
La défense des droits des malades 53
La formation déontologique 53
5.2.6 La planification 54
5.2.7 Le personnel hospitalier 56
5.2.8 L'intégrité financière 57

5.3 LES PRINCIPES DE LA COMPOSITION DU CONSEIL 58
5.3.1 La collectivité 59
5.3.2 Les professions et le personnel 61
5.3.3 La gestion 62

5.4 LES CONSEILS CONSULTATIFS 64
5.4.1 La raison d'être du changement 64
5.4.2 Les fonctions de conseils consultatifs 65
5.4.3 Le conseil consultatif communautaire 67
5.4.4 Le conseil consultatif professionnel 68
5.4.5 Le comité consultatif des employés 69

5.5 LES RESPONSABILITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION . . . 71
5.5.1 Les questions de responsabilité 71
5.5.2 La responsabilité: qui est responsable devant qui? et de quoi? 71
5.5.3 La responsabilité principale 73

5.6 UN PROCESSUS PUBLIC 75

5.7 LES FONDATIONS 76

CHAPITRE 6 - LA GESTION 78

6.1 INTRODUCTION 78

6.2 LA GESTION ET LA DIRECTION 78

6.3 LES RESPONSABILITÉS DES DIRIGEANTS 80
6.3.1 La planification 82
Un cadre de planification 82
La planification fondée sur la collaboration 84
6.3.2 La planification du fonctionnement 85
Le plan de fonctionnement 86

La consultation interne et externe 88
L'approbation du conseil d'administration 89
6.3.3 L'établissement du budget et la gestion financière 90
Le budget de fonctionnement 90
Le budget d'immobilisations 91
La gestion du financière 95
Les activités auxilaires 96
6.3.4 La gestion du fonctionnement 99
6.3.5 L'information du conseil d'administration 100
6.3.6 La vérification de l'efficacité 102

6.4 LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE 104
6.4.1 L'unification de la gestion 104
6.4.2 Les hauts-dirigeants de l'hôpital 109
6.4.3 Les comités consultatifs de la direction 111

CHAPITRE 7 - LES NOMINATIONS ET LES DROITS 116

7.1 INTRODUCTION 116

7.2 L'ACCÈS DES PROFESSIONNELS AUX HÔPITAUX 116
7.2.1 Les nominations, les droits et la délivrance de titres et de certificats 118
7.2.2 Les nominations et les employés de l'hôpital 120

7.3 LA GESTION DE L'ACCÈS AUX HÔPITAUX 122
7.3.1 Le programme de ressources humaines 122
7.3.2 Le processus de gestion de l'accès aux ressources de l'hôpital 123
7.3.3 Les points à prendre en compte lors des nominations 125
7.3.4 Les points à prendre en compte lors des renouvellements de nomination 126
7.3.5 Les points à prendre en compte lors des modifications des droits au cours du mandat 127

7.4 LES APPELS 130
7.4.1 Le processus d'appel 130
7.4.2 Les motifs d'appel 134
7.4.3 L'appel des modifications aux droits au cours du mandat 135
7.4.4 Les effets sur les établissements d'enseignement et de recherche 136
7.4.5 La commission d'appel des hôpitaux 137

7.5 LES SOINS INTERDISCIPLINAIRES AUX MALADES 139

7.6 LA RELATION AVEC LES ORGANISMES PROFESSIONNELS 140

7.7 LA RESPONSABILITÉ DE L'HÔPITAL 142

CHAPITRE 8 - LA QUALITÉ 144

8.1 Introduction 144
8.1.1 La définition de qualité 144
8.1.2 Les activités actuelles reliées à la qualité 145

8.2 L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 148
8.2.1 L'amélioration continue de la qualité 149
8.2.2 L'application de l'amélioration continue de la qualité aux soins de la santé 150

8.3 LE RÔLE ET LES RESPONSABILITÉS RELIÉS A L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 152
8.3.1 Le rôle de la loi 152
8.3.2 Les comités sur la qualité 154
8.3.3 L'engagement du personnel envers la qualité 155

8.4 FACILITER L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 156
8.4.1 La disponibilté des données 156
8.4.2 La protection des activités en matière d'amélioration de la qualité 158
8.4.3 La séparation des fonctions d'amélioration de la qualité et de maintien de l'ordre 160

8.5 LE COMPORTEMENT ABUSIF 161

CHAPITRE 9 - LES MALADES 163

9.1 INTRODUCTION 163

9.2 LES DROITS DES MALADES 164
9.2.1 Le choix et le consentement informé 164
9.2.3 L'administration de contraintes 169
9.2.4 La confidentialité et l'accès au dossier du malade 170

9.3 LA PÉRIODE LIMITE POUR LA RESPONSABILITÉ 174

9.4 LE PORTE-PAROLE POUR LES MALADES 175
9.4.1 Le service aux malades 176
9.4.2 Le service de défense de la province 178

CHAPITRE 10 - LES RESPONSABILITÉS DE LA PROVINCE 179

10.1 INTRODUCTION 179

10.2 LE CADRE DE PLANIFICATION PROVINCIAL POUR LE SYSTEME DE SOINS DE SANTÉ 180
10.2.1 Les rôles et responsabilités du Ministère 181
10.2.2 La structure du processus de planification 181
10.2.3 Le rôle du conseil régional de santé et des autres organismes intermédiaires 182

10.3 LE FINANCEMENT 183
10.3.1 Les fonds d'exploitation 184
10.3.2 La Loi sur les subsides de la Couronne 185
10.3.3 Le financement des immobilisations 187
10.3.4 Le pouvoir de financer 188
10.3.5 Les appels 189

10.4 LA MODIFICATION DES SERVICES 190

10.5 LES ORGANISMES INTERHOSPITALIERS 191
10.5.1 La coordination des contrats sociaux 192
10.5.2 Le partenariat ou entreprise commune entre les hôpitaux publics 193
10.5.3 Les systèmes fédérés avec des conseils d'administration séparés 194
10.5.4 Les fusions 196

10.6 LES REGLEMENTS 197

10.7 LES RESPONSABILITÉS QUANT A LA QUALITÉ 198

10.8 LES ENQUETES 198

ANNEXES
Annexe I - Membres
Annexe II - Mémoires

ERRATA

Veuillez prendre note des corrections suivantes.

Résumé et recommandations, pages 12, par.3 et 4: le numérotage des recommandations devrait lire comme suit:

Financement. La Loi sur les hôpitaux publics devrait également donner à la ministre et aux hôpitaux une plus grande flexibilité pour les questions de financement. Afin d'aider l'hôpital à s'acquitter des responsabilités pluriannuelles qu'il assumera en vertu de son contrat social, le gouvernement devrait prendre des mesures pour faciliter la planification financière pluriannuelle par l'hôpital (10.03).

La ministre devrait avoir le pouvoir d'octroyer des fonds de fonctionnement aux hôpitaux pour des programmes particuliers s'adressant aux patients, la recherche, l'éducation et les activités connexes (10.05); et de signer des contrats avec des hôpitaux particuliers et des organismes intermédiaires pour obtenir des services particuliers pour des programmes régionaux ou provinciaux (10.02).

Pour assurer l'équilibre entre le besoin de l'hôpital d'être flexible dans les programmes d'immobilisations et les responsabilités du ministère de la Santé en ce qui concerne l'utilisation des fonds publics, la Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que des règlements définissent l'éventail des projets d'immobilisations qui ne nécessitent pas l'approbation du Ministère (10.04).

RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS

À l'aube du XXIe siècle
Les hôpitaux publics de l'Ontario

Résumé

Le contexte de changement

Le Comité de direction sur l'examen de la Loi sur les hôpitaux publics a été créé pour examiner en profondeur la Loi sur les hôpitaux publics et pour conseiller la ministre de la Santé sur les changements à apporter à la loi qui permettraient aux hôpitaux publics de répondre efficacement aux besoins actuels et futurs en matière de services de santé en Ontario. Le Comité était composé de 26 personnes choisies de façon à représenter le point de vue des utilisateurs, des professionnels de la santé, des établissements hospitaliers et de santé, de la direction et du gouvernement.

Une loi moderne sur les hôpitaux publics doit tenir compte d'un certain nombre de situations qui n'avaient pas été prévues au moment de son entrée en vigueur en 1931. La taille et les caractéristiques de la population de l'Ontario ont beaucoup changé ainsi que la nature des soins de santé et hospitaliers; la gestion et le fonctionnement d'un hôpital sont devenus de plus en plus complexes; on remarque une tendance vers un système provincial de soins de santé qui soit plus responsable et mieux géré. À l'aube du XXIe siècle, il est donc nécessaire de créer un cadre législatif complet pour l'Ontario. Ce cadre législatif doit se pencher sur ce qui doit être préservé et protégé et s'attarder sur ce qui devrait être modifié.

Prémisses et principes

Le Comité de direction a élaboré un ensemble de prémisses et de principes sur lesquels il a fondé ses recommandations. Selon la vision qu'expriment ces prémisses et principes, la Loi sur les hôpitaux publics devrait être écrite à nouveau plutôt que d'être révisée.

La première prémisse est que la loi devrait être de nature habilitante plutôt que normative. Elle devrait comporter des normes qui définissent les responsabilités de l'hôpital et font en sorte que le conseil d'administration de l'hôpital assument ces responsabilités. À l'intérieur de ces normes, la loi devrait donner à l'hôpital toute la latitude et la flexibilité dont il a besoin pour répondre le plus efficacement possible aux besoins des collectivités qu'il sert.

La deuxième prémisse est que la Loi sur les hôpitaux publics devrait soutenir l'initiative stratégique du gouvernement provincial visant à mettre sur pied un système de services et d'établissements de santé coordonné, intégré et équilibré dans la province pour remplacer le système informel actuel.

Les recommandations du Comité de direction sont basées sur les six principes suivants :

- des traitements et des soins accessibles et équitables axés sur les patients;
- la réaction aux besoins de la collectivité, de la région et de la province;
- la responsabilité envers le patient et le public;
- l'engagement envers la qualité;
- l'efficacité de la gestion; et
- le respect des valeurs et des traditions de l'hôpital.

Pour soutenir ces principes, la nouvelle Loi sur les hôpitaux publics devrait comprendre un énoncé de principes sur les services de l'hôpital, la qualité des soins, les responsabilités envers les patients et la collaboration avec les autres fournisseurs du système de santé (3.01).[1]

Contrat social

Le système de santé de l'Ontario n'est pas suffisamment responsable. Chaque hôpital doit parvenir à une entente explicite avec les communautés qu'il sert sur le rôle et les responsabilités que l'hôpital entend assumer. Ce concept est celui du contrat social, qui est une formulation officielle et responsable d'ententes non officielles qui existent actuellement entre un bon nombre d'hôpitaux et les communautés qu'ils servent (4.01).

Il arrive souvent qu'un hôpital serve plusieurs communautés : les communautés avoisinantes et les communautés fonctionnelles comme les enfants et les personnes âgées. Mises ensemble, ces communautés représentent la «communauté composite» de l'hôpital. Dans l'élaboration du contrat social, l'hôpital doit parvenir à s'entendre avec sa communauté composite sur les responsabilités de hôpital envers les programmes et les services, notamment l'éducation et la recherche (4.04).

---

[1] Le chiffre entre parenthèses renvoie au chapitre et au numéro des recommandations.

Le contrat social devrait être négocié dans le cadre de la planification du conseil régional de santé ou d'autres organismes provinciaux mandatés, et être facilité par ces organismes (4.03). Le contrat social serait signé par l'hôpital et le ministère de la Santé au nom de la communauté composite, sur l'avis du conseil régional de santé. Les hôpitaux ne devraient pas pouvoir modifier unilatéralement les programmes, les services ou les volumes établis dans le contrat social. Le ministère de la Santé devra mettre au point des mécanismes et des méthodes pour l'élaboration et la mise en oeuvre de contrats sociaux dans chaque district ou région (4.02).

Lorsque les diverses parties participant à la négociation ne peuvent s'entendre, le conseil régional de santé devrait recommander à la ministre que la question soit renvoyée à un comité d'arbitrage des contrats sociaux (4.05).

Direction

Responsabilité. La Loi sur les hôpitaux publics devrait établir la responsabilité de l'hôpital envers les malades, le public et le gouvernement. Chaque hôpital devrait être constitué séparément en organisme à but non lucratif et devrait mettre l'accent sur le diagnostic, le traitement et le soin des maladies, des incapacités et des traumatismes des patients hospitalisés et externes (5.01).

Responsabilité de la direction. Le conseil d'administration et les intervenants d'un hôpital devraient comprendre la signification de la direction d'un hôpital et la distinction entre direction et gestion (5.02). La Loi sur les hôpitaux publics devrait définir l'administration comme l'exercice de l'autorité et du contrôle de l'hôpital par le conseil d'administration. Le conseil d'un hôpital est principalement responsable de s'assurer que l'hôpital respecte ses objets et ses principes, son contrat social et ses objectifs relatifs aux soins des patients, à la gestion, à la qualité des programmes et des services, à l'intégrité financière et à la viabilité à long terme (5.03, 5.04). La responsabilité des dirigeants est d'élaborer et de mettre en oeuvre des stratégies et des programmes afin de réaliser les principes, les objets, les objectifs et les buts fixés par le conseil d'administration.

Il existe une différence entre direction et gestion. Le conseil d'administration reçoit son autorité de la corporation de l'hôpital et de la collectivité tandis que les dirigeants reçoivent leur autorité du conseil d'administration auquel ils doivent rendre compte. Des méthodes devraient être établies pour permettre à la corporation de l'hôpital et à la collectivité d'évaluer

l'efficacité de la direction et de la gestion de l'hôpital, et pour permettre au public d'examiner l'hôpital avec minutie afin de savoir s'il respecte son contrat social (6.18).

Critères de sélection des membres du conseil. Il existe en Ontario une tradition selon laquelle des bénévoles s'occupent de la direction et cette tradition devrait être conservée. L'hôpital est un établissement public dont le but principal est de servir les patients et la communauté. Les membres du conseil d'administration devraient représenter les communautés fonctionnelles servies par l'hôpital et offrir les compétences dont a besoin le conseil pour s'acquitter de ses responsabilités (5.10, 5.11).

Les membres du conseil ne devraient pas avoir d'intérêts qui peuvent entrer en conflit ou être perçus comme étant en conflit avec les objectifs de l'hôpital et devraient être séparés des droits acquis à l'intérieur de l'hôpital. Par conséquent, aucune personne nommée membre de l'équipe professionnelle d'un hôpital ou employée par celui-ci ne devrait faire partie du conseil d'administration de l'hôpital (5.12).

Conseils consultatifs. Il est important que le conseil d'administration, tous les professionnels et employés de l'hôpital et la collectivité puissent discuter entre eux librement de tous les aspects reliés à la direction de l'hôpital. Chaque conseil devrait créer au moins les trois conseils consultatifs suivants et assurer leur bon fonctionnement (5.13, 5.14) :

- un conseil consultatif communautaire, dans le but d'élargir l'accès du conseil aux collectivités fonctionnelles, aux organismes communautaires et autres fournisseurs;
- un conseil consultatif professionnel, composé de représentants de tous les groupes professionnels réglementés qui sont employés par l'hôpital; et
- un conseil consultatif des employés, composé de représentants des employés qui ne sont pas membres d'une profession médicale réglementée.

Responsabilités du conseil d'administration. La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer les responsabilités du conseil d'administration de l'hôpital et à qui il doit rendre compte. La question de la responsabilité est reliée à la responsabilité du conseil d'assurer un équilibre entre les divers intérêts des nombreux groupes auxquels il est responsable à l'intérieur de l'hôpital, de la collectivité et de tout le système de santé.

Gestion

La Loi sur les hôpitaux publics devrait établir un cadre législatif pour la gestion de l'hôpital et pour l'élaboration de structures et des processus de gestion qui intègrent les nombreuses facettes de l'hôpital dans un tout efficace, cohésif et bien géré.

Responsabilités des dirigeants. La principale fonction des dirigeants, en vertu des politiques et de l'orientation du conseil, est d'assurer la prestation efficace de services hospitaliers de haute qualité et adéquats. Les dirigeants agissent au nom du conseil d'administration et doit lui rendre compte de ses activités (6.01, 6.02). Pour s'acquitter de ses responsabilités, les dirigeants doivent mettre en place des structures et des méthodes de planification stratégique comprenant l'élaboration d'un contrat social, la planification de l'organisme, le budget, la gestion et le contrôle des opérations, la gestion financière, la gestion de la qualité et les rapports au conseil.

Services auxiliaires. Les hôpitaux devraient pouvoir organiser des activités auxiliaires qui sont conformes aux objectifs de l'hôpital en matière de services, qui sont fondés sur de bons principes commerciaux et qui améliorent sa situation financière (6.15). La Loi sur les hôpitaux publics devrait permettre aux hôpitaux de mettre en oeuvre des projets de financement commercial, dans des limites bien établies, pourvu qu'ils ne nuisent pas à la viabilité à long terme de l'hôpital (6.14).

Accès aux ressources de l'hôpital. La stratégie des dirigeants pour réaliser la mission et le contrat social de l'hôpital devrait comprendre un programme de ressources humaines indiquant la proportion, le nombre et le genre de professionnels de la santé réglementés qui sont requis, ainsi que l'échéancier correspondant à leur nomination ou à leur embauche (7.08). La Loi sur les hôpitaux publics devrait garantir le droit des professionnels de la santé de présenter une demande de nomination et d'exiger une réponse de l'hôpital (7.10).

Le conseil d'administration a la responsabilité ultime des nominations et des droits, qu'elle a déléguée aux dirigeants (7.07). La Loi devrait indiquer que les nominations, les renouvellements de nomination et les droits sont faits dans le cadre du contrat social de l'hôpital et du programme de ressources humaines (7.09). Ces éléments devraient constituer les principaux instruments pour traiter les demandes de nomination et de droits. La Loi devrait préciser que l'hôpital peut refuser une première demande de nomination pour des motifs valides et raisonnables reliés aux ressources humaines (7.12), et que, moyennant un avis

raisonnable, il peut restreindre ou résilier les droits ou refuser de renouveler la nomination pour ces motifs (7.13).

La Loi devrait indiquer clairement que ce sont les dirigeants, et non le conseil d'administration, qui sont responsables des suspensions, des révocations des nominations et des modifications aux droits à cause de ses responsabilités principales pour assurer que les soins offerts au malade sont de qualité, continus et sécuritaires (7.11). La Loi devrait limiter aux questions de compétences et de comportement les motifs de suspension immédiate, de modification ou de révocation des droits au cours du mandat lorsqu'il y a des preuves claires et évidentes de risques pour les patients (7.14). Les modifications des droits pour ces motifs devraient rester en vigueur lors des instances d'appel (7.15).

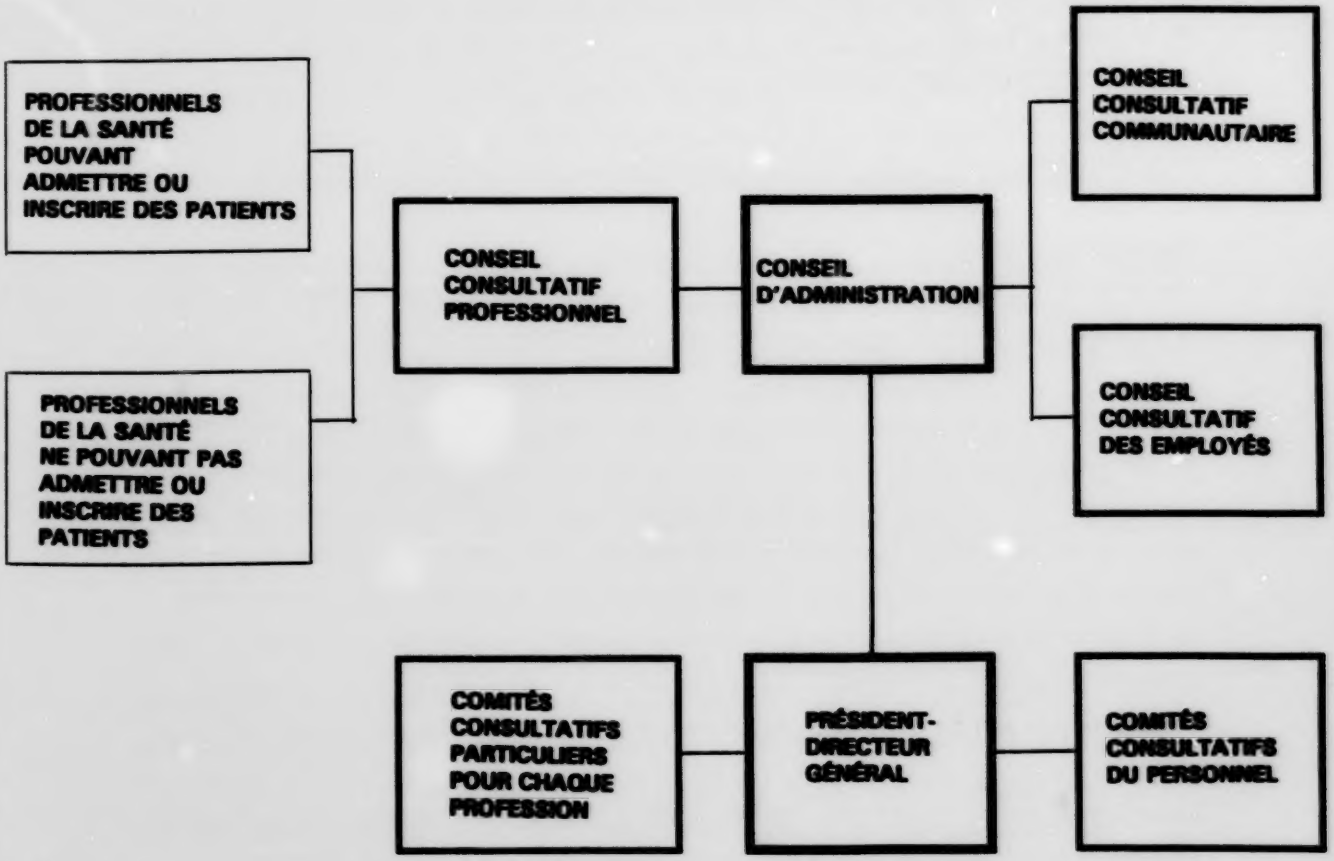
Structure organisationnelle. Dans la Loi sur les hôpitaux publics, la distinction entre les questions cliniques et de gestion est devenue, en bonne partie artificielle; elle sert à empêcher la participation structurée du personnel médical et des autres employés cliniques aux décisions sur la gestion. Les dispositions actuelles devraient être remplacées par un système dans lequel les décisions cliniques et opérationnelles sont prises dans un processus de gestion unifié qui fonctionne dans le cadre d'une structure de gestion unifiée dirigée par un président-directeur général (PDG) (6.20).

La Loi ne devrait pas définir la structure de gestion d'un hôpital située sous le niveau de président-directeur général (6.21). Le PDG devrait voir à ce que la structure et le processus de gestion de l'hôpital assurent la responsabilité, la participation et la communication entre les professionnels de la santé réglementés et les autres membres du personnel (6.19). La Loi devrait également exiger qu'au moins un dirigeant soit responsable, avec le PDG, de l'utilisation des ressources et de la qualité des soins fournis par les professionnels (6.25). Le conseil d'administration devrait être responsable de la nomination du PDG et des autres dirigeants, selon les recommandations du PDG (6.24).

Comités consultatifs de la gestion. La Loi sur les hôpitaux publics devrait prévoir des comités qui jouent un rôle consultatif auprès des dirigeants. Les professionnels de la santé réglementés et les autres membres du personnel devraient être représentés au sein de ces comités consultatifs multidisciplinaires pour discuter de questions comme les suivantes (6.27) :

STRUCTURE DE L'ORGANISATION DE L'HÔPITAL

CONSEILS CONSULATIFS
ET
COMITÉS CONSULTATIFS



- l'amélioration de la qualité, comme l'assurance de la qualité, la gestion de l'utilisation et les dossiers médicaux;
- la pharmacie et la thérapeutique;
- la déontologie;
- les protocoles cliniques;
- la répartition des ressources;
- la planification des ressources humaines.

De plus, des comités consultatifs devraient être créés pour chaque profession de la santé réglementée de l'hôpital afin de traiter des points suivants (6.28) :

- la délivrance de titres et certificats;
- la qualité des soins;
- l'examen par les pairs;
- les règlements;
- la discipline.

Nominations et droits

La Loi sur les hôpitaux publics devrait fournir un cadre législatif pour le traitement équitable des professions médicales réglementées et des professionnels au sein d'un hôpital.

Les professionnels de la santé réglementés devraient avoir le droit de présenter une demande de nomination à un hôpital, c'est-à-dire pour avoir accès à ses ressources, sans l'approbation ou le parrainage d'un autre professionnel de la santé réglementé (7.01). La nomination d'un professionnel de la santé réglementé pourrait dépendre, entre autres choses, des champs de pratique de la personne et du rôle défini de l'hôpital dans son contrat social. Il est possible qu'on demande aux professionnels de la santé qui désirent être nommés à un hôpital de remplir certaines obligations; cependant, la Loi ne devrait pas permettre que de telles obligations comprennent le partage des frais professionnels avec l'hôpital, ou des paiements (7.05).

La Loi devrait définir le terme «nomination» lorsqu'il s'applique à un professionnel de la santé réglementé qui n'est pas à l'emploi de l'hôpital, comme étant un statut qui permet au professionnel d'avoir accès aux ressources de l'hôpital (7.03). Le niveau d'accès découlant de la nomination dépend du pouvoir du professionnel d'accomplir une ou plusieurs des fonctions

suivantes : l'admission de patients, l'inscription de patients externes et le traitement des patients (7.02). Les droits du professionnel de la santé font référence à ces niveaux d'accès et aux procédures et thérapies particulières que le professionnel peut exercer à l'hôpital en tenant compte de ses champs de pratique (7.04).

Les exigences relatives à la délivrance de titres et certificats qui sont établies dans la Loi actuelle devraient être élargies de manière à comprendre tous les professionnels de la santé qui veulent être engagés, nommés ou renommés par l'hôpital (7.06).

Nominations et employés de l'hôpital. Les professionnels de la santé réglementés à l'emploi d'un hôpital ne seraient pas nommés mais deviendraient membres du personnel de l'hôpital en raison de leur engagement. Aussi longtemps qu'il y aura une distinction entre les professionnels de la santé nommés comme membres du personnel et les professionnels engagés par l'hôpital, il sera nécessaire de faire une distinction entre les procédures de «nomination» et «d'embauche». Cependant, il est important que les deux méthodes d'embauche soient parallèles, que les exigences professionnelles soient équivalentes et que les exigences relatives à la délivrance de titres et certificats soient rigoureuses dans les deux cas.

Appels. L'hôpital ne devrait pas avoir le droit de modifier arbitrairement les conditions d'emploi ou de nomination et les droits, ni de résilier ou révoquer la nomination ou l'embauche. Cependant, de tels changements seront nécessaires de temps à autre. Le processus d'appel doit être juste pour les professionnels et l'hôpital. Le processus utilisé pour faire ces changements et le processus d'appel d'une décision défavorable peuvent différer selon le statut de l'emploi ou de la nomination du professionnel de la santé; mais ils devraient être équivalents sur le plan de la justice et de la protection accordées au professionnel de la santé réglementé.

Commission d'appel des hôpitaux. Le mandat de la Commission d'appel des hôpitaux devrait être élargi de manière à comprendre toutes les professions de la santé réglementées (7.20); la taille et la composition de la Commission devraient être modifiées en conséquence (7.21). Afin d'accélérer le travail de la Commission, la Loi sur les hôpitaux publics devrait prévoir des conférences préparatoires obligatoires (7.23) et la nomination d'un vice-président (7.24).

Relations avec les corps professionnels. Il est fortement dans l'intérêt public que les hôpitaux et les corps administratifs des professionnels de la santé réglementés se tiennent mutuellement

au courant des questions relatives à la conduite et à la compétence des professionnels de la santé. La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que l'hôpital consulte le corps administratif approprié lors de la vérification des références d'un professionnel qui désire être nommé ou embauché.

De plus, la Loi devrait exiger que l'hôpital et les corps dirigeants professionnels se tiennent mutuellement au courant des procédures terminées relatives à un professionnel de la santé, en ce qui concerne la modification de ses droits, la révocation de sa nomination ou le non-renouvellement de sa nomination à cause de son incompétence, de sa négligence ou de sa mauvaise conduite. À cause du grand nombre de corps administratifs, d'hôpitaux et de professionnels de la santé réglementés de la province, le ministère de la Santé devrait mettre au point des mécanismes afin de faciliter l'échange de renseignements entre les hôpitaux et les corps dirigeants de la province (7.26).

Qualité

La qualité est une préoccupation importante de l'hôpital. Il est important que l'hôpital vise l'amélioration continuelle de la qualité des soins et qu'il inclue cet engagement dans la culture de l'organisme. Pour cela, il est nécessaire de mettre moins l'accent sur les inspections et les vérifications après coup et de se concentrer sur l'amélioration constante de la qualité dans toutes les fonctions de soutien clinique, de gestion et d'administration.

Le rôle de la Loi dans l'amélioration de la qualité devrait être de nature habilitante plutôt que normative. La Loi devrait exiger que les conseils d'administration incorporent l'amélioration continue de la qualité dans leur énoncé de mission (5.06) et établissent des méthodes d'amélioration de la qualité à l'hôpital (5.07). Les hôpitaux devraient également être tenus de publier des rapports chaque année sur leurs activités en matière d'amélioration de la qualité et sur la qualité des services et des soins (8.02). À l'intérieur de ce cadre, l'hôpital devrait pouvoir utiliser les moyens qu'il juge les plus efficaces pour améliorer de façon continue la qualité.

Afin d'assurer la disponibilité des renseignements nécessaires, la Loi sur les hôpitaux publics devrait permettre l'accès au dossier médical du patient par les employés de l'hôpital qui ont été nommés responsables de l'amélioration de la qualité par le conseil d'administration, et limiter l'accès uniquement à cette fin (8.04). La Loi devrait assurer que toute la documentation et les travaux du comité sur l'amélioration de la qualité de l'hôpital ne soient pas admissibles pour les

poursuites judiciaires (8.05). En outre, les particuliers ne devraient pas être tenus de témoigner devant un tribunal sur leurs activités au nom des comités sur l'amélioration de la qualité du conseil d'administration et de la gestion (8.06). La Loi devrait tenir le personnel de l'hôpital quitte de toute responsabilité à l'égard des actes ou déclarations faites de bonne foi durant leur participation au processus et aux comités sur l'amélioration de la qualité (8.07). Les travaux et les dossiers du comité sur l'amélioration de la qualité ne devraient pas être utilisés pour les enquêtes, la délivrance de titres ou certificats, ou les mesures disciplinaires (8.08).

Déonotologie. Une composante importante de la qualité dans un hôpital est l'éthique professionnelle en ce qui concerne les patients, le personnel et les affaires commerciales. Le conseil doit définir les principes et les valeurs de l'hôpital et s'assurer qu'ils se reflètent dans les activités cliniques et de gestion de l'hôpital. La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que chaque hôpital mette au point un programme de déontologie comme cadre de travail pour la prise des décisions. Le programme devrait comprendre un énoncé sur la déontologie qui traite de la gestion par divers intervenants, de la défense des malades et de la formation déontologique (8.09).

Patients

Des initiatives législatives provinciales sur les droits des patients sont en cours. Le Comité de direction est en faveur de ces initiatives qui traitent du consentement au traitement et de la substitution des décisions (9.01). La nouvelle Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les conseils des hôpitaux adoptent des règlements relatifs à la contrainte des patients (9.03).

Confidentialité et accès au dossier du patient. La Loi devrait protéger le caractère confidentiel du dossier médical d'un patient, permettre aux personnes d'avoir accès à leur propre dossier et aux renseignements sur leur santé, et assurer l'accès à de tels renseignements dans le cadre de programmes visant l'amélioration de la qualité et pour les fins de recherches (9.05).

Services aux patients. La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les hôpitaux établissent et maintiennent un service indépendant aux patients au moyen de fonds et de garanties protégés pour les employés qui ont présenté un rapport concernant des pratiques douteuses à l'hôpital (9.09). Le but de ce service est d'aider les patients qui désirent un changement ou un ajustement de leur traitement ou de leurs soins, ou un changement dans leurs relations avec le personnel de l'hôpital.

Responsabilités de la province

Le Comité de direction prévoit que le ministère de la Santé sera amené à jouer un rôle plus actif et plus important en ce qui concerne les hôpitaux et, de façon plus générale, en ce qui concerne l'intégration et la coordination des services de santé.

Équilibre et intégration. À cette fin, le Ministère devrait élaborer une loi sur la planification, qui compléterait la Loi sur les hôpitaux publics. Cette loi devrait rendre obligatoire la planification coordonnée et intégrée aux niveaux du district, de la région et de la province, et s'appliquer aux secteurs public et privé du système de santé (10.01).

Financement. La Loi sur les hôpitaux publics devrait également donner à la ministre et aux hôpitaux une plus grande flexibilité pour les questions de financement. Afin d'aider l'hôpital à s'acquitter des responsabilités pluriannuelles qu'il assumera en vertu de son contrat social, le gouvernement devrait prendre des mesures pour faciliter la planification financière pluriannuelle par l'hôpital (10.03).

La ministre devrait avoir le pouvoir d'octroyer des fonds de fonctionnement aux hôpitaux pour des programmes particuliers s'adressant aux patients, la recherche, l'éducation et les activités connexes (10.05); et de signer des contrats avec des hôpitaux particuliers et des organismes intermédiaires pour obtenir des services particuliers pour des programmes régionaux ou provinciaux (10.02).

Pour assurer l'équilibre entre le besoin de l'hôpital d'être flexible dans les programmes d'immobilisations et les responsabilités du ministère de la Santé en ce qui concerne l'utilisation des fonds publics, la Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que des règlements définissent l'éventail des projets d'immobilisations qui ne nécessitent pas l'approbation du Ministère (10.04).

Modification des services. Il est inévitable que certains hôpitaux trouveront nécessaires de modifier les programmes et les services qu'ils se sont engagés à fournir en vertu de leur contrat social. La Loi devrait exiger que la ministre indique la marche à suivre pour étudier les propositions de modification de services (10.09).

Collaboration entre les hôpitaux. La Loi sur les hôpitaux publics devrait permettre aux hôpitaux de fusionner, de combiner des programmes ou services, ou de créer de nouveaux organismes, sous réserve de l'approbation du Ministère. La Loi devrait également autoriser la ministre de la Santé, dans des circonstances particulières, à exiger la création d'une entreprise commune ou d'une société, une fédération avec un nouveau conseil d'administration ou la fusion d'hôpitaux (10.10). Ce pouvoir renforce le principe fondamental voulant que les hôpitaux publics sont une composante d'un système public de soins de santé, dont le Ministère est responsable, qui sert l'intérêt du public.

Chef de file dans la qualité. La ministre devrait étudier la possibilité de créer un institut qui sera le chef de file en éducation, en recherche et en formation professionnelle concernant la gestion et l'amélioration des services de santé (10.13).

Enquêtes. Le Conseil des ministres devrait conserver son pouvoir de nommer des enquêteurs pour faire un rapport sur la qualité de la gestion, les traitements et les soins fournis à un hôpital. La nouvelle Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer plus clairement les dispositions visant à fournir à l'hôpital l'accès raisonnable aux résultats de l'enquête (10.16), sauf dans des situations urgentes, et la possibilité de se présenter devant le Conseil des ministres avant que la décision finale ne soit prise (10.17).

Conclusions

La présente Loi sur les hôpitaux publics a bien servi l'Ontario au cours des 60 dernières années. Il est temps d'élaborer une nouvelle loi qui servira la population à l'aube du XXI[e] siècle. La loi devrait voir à ce que les responsabilités soient bien définies. Elle doit assurer un juste équilibre entre les divers besoins que l'hôpital doit satisfaire : les besoins des collectivités, de tout le système de santé et du ministère de la Santé. Le but final devrait être de s'assurer que le public reçoit en tout temps des services de haute qualité et appropriés qui sont offerts d'une façon efficace.

RECOMMANDATIONS

Chapitre 3 - Prémisses et principes

(3.01) La Loi sur les hôpitaux publics devrait contenir l'énoncé de principes suivant :

1.0 L'hôpital est un établissement public et son objet principal est de servir le patient.

2.0 Par conséquent, les objets de la Loi sont les suivants :

2.1 s'assurer que les services de l'hôpital :
- répondent aux besoins particuliers de tous les patients; et
- sont accessibles et fournis de façon équitable dans la communauté;

2.2 s'assurer que l'hôpital reconnaît et respecte :
- l'autonomie de chaque patient;
- le droit de chaque patient d'avoir accès à suffisamment d'information pour comprendre et prendre des décisions informées sur le choix des diagnostics, des traitements et des soins disponibles; et
- la dignité et les intérêts personnels, culturels et religieux de chaque patient.

2.3 s'assurer que l'hôpital est responsable de la qualité des soins et des services qu'il fournit;

2.4 s'assurer que la structure et les méthodes de l'hôpital :
- comprennent, reflètent et satisfont les besoins de la communauté;
- facilitent le développement dynamique de l'organisme;
- favorisent l'engagement à l'égard des buts et objectifs de l'organisme; et
- encouragent les bonnes relations entre les organismes.

2.5 s'assurer que l'hôpital fournit un milieu efficace, responsable et sécuritaire.

2.6 s'assurer que l'hôpital collabore avec les autres organismes et particuliers de la communauté pour l'élaboration d'un système de santé équilibré, intégré et accessible.

3.0 Afin d'aider les hôpitaux à s'acquitter de leurs responsabilités en vertu de la Loi, le gouvernement provincial devrait orienter et assurer la planification et la prestation intégrées de services de santé équilibrés et accessibles.

Chapitre 4 - Contrat social

(4.01) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que chaque hôpital élabore un contrat social.

(4.02) Le ministère de la Santé devrait mettre au point des mécanismes et des méthodes pour l'élaboration et la mise en oeuvre de contrats sociaux dans chaque district ou région.

(4.03) Le ministère de la Santé devrait préciser, dans une loi ou un règlement, le rôle du conseil régional de santé, ou d'un autre organisme désigné, en tant que courtier dans le processus d'élaboration des contrats sociaux.

(4.04) La Loi sur les hôpitaux publics devrait stipuler que les contrats sociaux prévoient des activités en éducation et en recherche et des ententes d'affiliation pour les hôpitaux.

(4.05) Le ministère de la Santé devrait créer un comité d'arbitrage des contrats sociaux chargé de résoudre les conflits relatifs aux contrats sociaux et de faire des recommandations à la ministre de la Santé sur les questions non résolues.

Chapitre 5 - Direction

(5.01) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que chaque hôpital public (1) soit constitué séparément, et que la constitution en société soit approuvée par le lieutenant-gouverneur en conseil; (2) soit un établissement défini de façon large qui met l'accent sur le diagnostic, le traitement et le soin des maladies, des incapacités et des traumatismes pour les patients hospitalisés et externes; (3) soit un organisme de charité à but non lucratif; (4) fournisse des services de santé au public; et (5) fonctionne à l'intérieur d'un système intégré de soins de santé.

(5.02) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer les responsabilités respectives du conseil d'administration et des dirigeants de l'hôpital.

(5.03) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que la direction relève du conseil d'administration de l'hôpital.

(5.04) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que le conseil d'administration a comme responsabilités de définir et d'assurer l'avenir à long terme de l'hôpital; de définir les principes, les objets, les objectifs, les buts et le contrat social de l'hôpital; d'organiser et de surveiller l'efficacité de la gestion de l'hôpital; et d'approuver les plans et les budgets de fonctionnement annuels de l'hôpital.

(5.05) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que les conseils d'administration des hôpitaux sont responsables de la qualité des services et des soins de l'hôpital.

(5.06) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que l'énoncé de mission des conseils d'administration contienne un engagement à améliorer constamment la qualité.

(5.07) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les conseils d'administration des hôpitaux adoptent des règlements qui encouragent la participation du personnel et des employés au maintien et à l'amélioration continuelle de la qualité des soins et des services offerts aux patients.

(5.08) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que le conseil d'administration de chaque hôpital établisse un sous-comité du conseil sur la qualité des soins afin de présenter des recommandations au conseil d'administration sur les programmes

d'amélioration de la qualité et la qualité des soins et des service offerts aux patients.

(5.09) La Loi sur les hôpitaux publics devrait obliger les hôpitaux à rédiger un énoncé de déontologie.

(5.10) La Loi sur les hôpitaux publics devrait obliger les hôpitaux à se doter d'un programme de déontologie et à le maintenir.

(5.11) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que les conseils d'administration des hôpitaux publics sont responsables de la planification et de l'élaboration de programmes et de services, qui sont coordonnés et intégrés aux activités et aux projets d'autres fournisseurs par l'entremise du processus de planification provinciale.

(5.12) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que les membres du conseil d'administration devraient provenir des collectivités servies par l'hôpital.

(5.13) La Loi sur les hôpitaux publics devrait préciser que le conseil d'administration d'un hôpital doit indiquer dans ses règlements les critères et les procédures d'élection ou de nomination des membres du conseil; que ces critères et procédures facilitent la nomination de membres qui représentent les communautés servies par le conseil et qui ont les compétences dont il a besoin; et que les règlements doivent être approuvés par le ministère de la Santé.

(5.14) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer qu'aucune personne nommée ou employée par un hôpital ne peut faire partie du conseil d'administration de l'hôpital.

(5.15) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que chaque conseil d'administration devrait mettre au point un processus officiel de consultation; ce processus comprendrait la création des conseils consultatifs suivants : un conseil consultatif communautaire, un conseil consultatif professionnel et un conseil consultatif des employés; ces conseils pourraient communiquer directement avec le conseil d'administration concernant les questions reliées à la direction.

(5.16) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que chaque conseil d'administration crée deux sous-comités du conseil consultatif professionnel; un des sous-comités serait composé de professionnels de la santé réglementés, sans tenir compte de leur statut au sein de l'hôpital, qui peuvent admettre des patients ou inscrire des patients externes; et un sous-comité composé de professionnels de la santé, sans tenir compte de leur statut au sein de l'hôpital, qui ne peuvent admettre ou inscrire des patients.

(5.17) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que le conseil d'administration de chaque hôpital établisse des procédures d'élection ou de sélection des membres des conseils consultatifs, pour assurer le bon fonctionnement des conseils et leur financement.

(5.18) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les réunions du conseil d'administration de l'hôpital soient ouvertes au public, sauf lors de circonstances particulières comme celles concernant la sécurité publique, les procédures criminelles ou civiles, les questions personnelles ou l'acquisition de propriétés.

(5.19) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que tous les règlements de l'hôpital soient des documents publics accessibles sur demande.

(5.20) Le ministère de la Santé devrait définir dans la loi les conditions en fonction desquelles les fondations des hôpitaux ou les autres sociétés indépendantes de l'hôpital peuvent organiser leurs activités. Parmi ces conditions, il faudrait comprendre les conditions suivantes :

a) les activités de la fondation devraient être conformes aux plans de fonctionnement à long terme de l'hôpital;
b) l'hôpital ne devrait pas transférer des fonds à sa fondation sauf pour les legs, les reçus de charité ou le paiement des biens et services;
c) les transactions de la fondation avec l'hôpital devraient être divulguées dans les états financiers annuels vérifiés;
d) toutes les fondations d'hôpital devraient rendre publics leurs états financiers vérifiés;
e) les dispositions sur la divulgation de dossiers de l'hôpital devraient également s'appliquer à la fondation;
f) les hôpitaux qui ont recueilli des fonds par des dons ou des legs, conformément aux programmes établis, peuvent conserver ces fonds pour des projets particuliers.

Chapitre 6 - Gestion

(6.01) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que la principale responsabilité des dirigeants est d'assurer le fonctionnement efficace de l'établissement en vertu des politiques du conseil d'administration.

(6.02) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les dirigeants soient responsables auprès du conseil d'administration et lui rendent compte, en vertu de la Loi sur les hôpitaux publics, de ses règlements, des autres lois pertinentes et des règlements de l'hôpital.

(6.03) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les hôpitaux élaborent des plans à long terme.

(6.04) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les hôpitaux consultent les autres fournisseurs et collaborent avec eux pour l'élaboration de leurs plans à long terme.

(6.05) Le ministère de la Santé devrait élaborer des directives concernant la coopération et la consultation pour la planification et ces directives devraient indiquer le nombre de fournisseurs qui feront partie de la planification de l'hôpital.

(6.06) Le ministère de la Santé devrait exiger que les hôpitaux remettent leurs plans à long terme au conseil régional de santé, ou à tout autre organisme provincial mandaté, et au ministère de la Santé.

(6.07) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les hôpitaux élaborent leurs plans de fonctionnement annuels en tenant compte de leurs contrats sociaux.

(6.08) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les hôpitaux remettent leurs plans de fonctionnement annuels à leur conseil régional de santé ou à tout autre organisme provincial mandaté, et au ministère de la Santé.

(6.09) Le ministère de la Santé devrait définir le rôle de médiateur du conseil régional de santé et celui d'arbitre du ministère de la Santé pour régler les confits reliés aux plans de fonctionnement entre les hôpitaux et les autres organismes de santé.

(6.10) Le ministère de la Santé devrait définir les fonds de fonctionnement excédentaires en tenant compte du besoin de l'hôpital d'accumuler des fonds pour les pertes de fonctionnement éventuelles, pour l'élaboration de programmes et pour les besoins en matière d'immobilisations.

(6.11) La Loi sur les hôpitaux publics devrait permettre aux hôpitaux d'utiliser les fonds de fonctionnement excédentaires à des fins d'immobilisations dans le cadre des plans approuvés.

(6.12) La Loi sur les hôpitaux publics devrait interdire aux hôpitaux de réduire des services afin d'améliorer ou d'élargir leurs installations, ou d'acquérir de l'équipement supplémentaire, à mois que cette réduction ne fasse partie d'un plan approuvé.

(6.13) La Loi sur les hôpitaux publics devrait permettre que des modifications mineures soient effectuées pourvu qu'elles ne nuisent pas aux services offerts par l'établissement et ce, dans des limites bien établies et sans l'autorisation du ministère de la Santé.

(6.14) La Loi sur les hôpitaux publics devrait permettre la mise en oeuvre des projets de financement pourvu qu'ils ne nuisent pas à la viabilité financière à long terme de l'hôpital et ce, dans des limites bien établies et sans l'autorisation du ministère de la Santé.

(6.15) La Loi sur les hôpitaux publics devrait donner à l'hôpital toute la latitude pour organiser des activités auxiliaires qui sont conformes aux objectifs de l'hôpital en matière de services.

(6.16) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les dirigeants présentent régulièrement au conseil d'administration des rapports complets qui fournissent des renseignements suffisants pour lui permettre d'assumer ses responsabilités concernant l'efficacité de l'hôpital.

(6.17) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que le conseil d'administration fasse faire des vérifications annuelles des états financiers et des renseignements statistiques de l'hôpital.

(6.18) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que le conseil d'administration fasse faire des évaluations indépendantes et périodiques de l'efficacité de l'organisme et de son respect du contrat social.

(6.19) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les hôpitaux mettent sur pied, par résolution ou par règlement, une structure organisationnelle qui favorise la responsabilité, la participation et la communication.

(6.20) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que le président-directeur général (PDG) soit responsable, auprès du conseil d'administration, de tous les aspects reliés à la gestion de l'hôpital ainsi que de l'utilisation des ressources cliniques et de la qualité des services cliniques.

(6.21) La Loi sur les hôpitaux publics ne devrait pas définir la structure organisationnelle d'un hôpital sous le niveau de président-directeur général.

(6.22) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer qu'il incombe au président-directeur général de voir à ce que la structure et le processus de gestion assurent la responsabilité, la participation et la communication entre les professionnels, les employés et les intervenants.

(6.23) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les hôpitaux établissent, par résolution ou par règlement, un processus de sélection des dirigeants qui favorise la participation des intervenants.

(6.24) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que le conseil d'administration est responsable de la nomination du président-directeur général et, sur la recommandation de ce dernier, de la nomination des autres dirigeants.

(6.25) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que le conseil d'administration de l'hôpital nomme au moins un dirigeant qui sera responsable avec le PDG de l'utilisation des ressources et de la qualité des soins fournis par les professionnels.

(6.26) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les hôpitaux indiquent, dans leurs règlements, les compétences des dirigeants qui sont responsables avec le président-directeur général de l'utilisation des ressources et de la qualité des soins.

(6.27) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les hôpitaux établissent un ou plusieurs comités du personnel afin de conseiller la direction sur les questions suivantes :

- l'amélioration de la qualité :
  - la gestion de l'utilisation;
  - les dossiers médicaux; et
  - l'assurance de la qualité;
- la déontologie;
- les protocoles cliniques;
- la pharmacie et la thérapeutique;
- la répartition des ressources;
- la planification des ressources humaines.

(6.28) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les hôpitaux établissent des comités particuliers pour chaque profession afin de conseiller la direction sur les questions suivantes :

- la délivrance de titres et certificats;
- la qualité des soins;
- l'examen par les pairs;
- les règlements;
- la discipline.

Chapitre 7 - Nominations et droits

(7.01) La Loi sur les hôpitaux publics devrait permettre aux professionnels de la santé non réglementés de présenter une demande d'accès aux ressources de l'hôpital conformément à leurs champs de pratique.

(7.02) La Loi sur les hôpitaux publics devrait faire une différence entre accorder l'accès aux ressources de l'hôpital pour le traitement des patients externes, le traitement des patients hospitalisés, l'inscription des patients externes et l'admission des patients.

(7.03) La Loi sur les hôpitaux publics devrait définir le terme «nomination» pour référer aux relations obligatoires et contractuelles entre les professionnels de la santé non employés par l'hôpital et la corporation de l'hôpital, de manière à accorder à ces professionnels l'accès aux ressources de l'hôpital.

(7.04) La Loi sur les hôpitaux publics devrait définir le terme «droits» pour référer aux procédures et aux thérapies particulières que les professionnels de la santé réglementés non employés par l'hôpital ont le droit d'exécuter compte tenu de ses champs de pratique.

(7.05) La Loi sur les hôpitaux publics devrait interdire le partage des frais professionnels ou les paiements avec un hôpital comme condition ou en échange de la nomination comme membre du personnel de l'hôpital ou de tout autre privilège particulier dans l'hôpital.

(7.06) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les hôpitaux établissent des règlements et des procédures concernant la délivrance de titres et certificats de tous les professionnels de la santé réglementés qui désirent être nommés, nommés à nouveau ou engagés.

(7.07) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que le conseil d'administration a la responsabilité ultime des nominations, qu'elle a déléguée aux dirigeants, ainsi que de la description des droits pour les professionnels de la santé réglementés.

(7.08) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que l'hôpital élabore un programme de ressources humaines indiquant la proportion, le nombre et le genre de services des professionnels de la santé réglementés qui obtiendront l'accès aux ressources de l'hôpital, afin de permettre à l'hôpital de satisfaire à ses engagements en vertu du contrat social.

(7.09) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que les nominations, les renouvellements de nomination et l'embauche sont faits dans le cadre du contrat social de l'hôpital et du programme de ressources humaines.

(7.10) La Loi sur les hôpitaux publics devrait préciser les procédures que les professionnels de la santé réglementés non employés par l'hôpital devraient utiliser pour présenter une demande de nomination, de renouvellement de nomination et de droits, et les procédures que l'hôpital devrait suivre pour répondre à ces demandes.

(7.11) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que ce sont les dirigeants qui sont responsables des suspensions et de l'annulation des nominations, et des modifications aux droits.

(7.12) La Loi sur les hôpitaux publics devrait préciser que l'hôpital peut refuser une première demande de nomination pour des motifs valides et raisonnables reliés aux ressources humaines.

(7.13) La Loi sur les hôpitaux publics devrait permettre à l'hôpital de modifier ou de résilier les droits ou de refuser de renouveler la nomination pour des motifs valides et raisonnables reliés aux ressources humaines, moyennant un avis raisonnable.

(7.14) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que, en ce qui concerne la révocation, la suspension ou la modification des droits d'un professionnel de la santé réglementé, les droits en question restent en vigueur jusqu'à la fin du processus d'appel, sauf dans deux cas précis :

a) le défaut, de la part du professionnel de la santé réglementé, de se conformer à des règlements ou règles de l'hôpital; ou

b) une question de compétences ou de comportement fournit des preuves claires et évidentes de risques pour les patients.

(7.15) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que les révocations, les suspensions ou les modifications aux droits reliées aux questions de compétences ou de comportement au cours du mandat restent en vigueur lors des instances d'appel.

(7.16) La Loi sur les hôpitaux publics devrait fournir aux professionnels de la santé réglementés non employés par l'hôpital le droit d'en appeler des décisions relatives à leur nomination et à leurs droits devant le conseil d'administration, avant de porter la cause en appel devant la Commission d'appel des hôpitaux.

(7.17) La Loi sur les hôpitaux publics devrait fournir à un professionnel de la santé réglementé non employé par l'hôpital le droit à une audience devant le conseil d'administration lorsque les dirigeants rejettent une demande de nomination, de renouvellement de nomination ou de modification des droits pour des raisons qui ne sont pas fondées sur des motifs raisonnables et valables relatifs aux ressources humaines, ou lorsque le demandeur conteste le caractère valide ou raisonnable de ces motifs.

(7.18) La Loi sur les hôpitaux publics devrait fournir à un professionnel de la santé qui n'est pas à l'emploi de l'hôpital, et qui est assujetti à une suspension en cours de mandat ou à une modification des privilèges qui entre en vigueur immédiatement, le droit de choisir une des procédures d'appel suivantes : une audience devant le conseil suivi d'un appel devant la Commission d'appel des hôpitaux; ou un appel déposé directement devant la Commission d'appel des hôpitaux sans audience initiale devant le conseil de l'hôpital.

(7.19) La Commission d'appel des hôpitaux devrait reconnaître que les hôpitaux qui font de l'enseignement ou de la recherche peuvent inclure dans leurs critères de nomination ou de renouvellement de nomination des compétences, une expérience et une

certaine performance dans les domaines de l'éducation et de la recherche, ainsi que dans les services cliniques.

(7.20) La Loi sur les hôpitaux publics devrait élargir le mandat de la Commission d'appel des hôpitaux de manière à comprendre toutes les professions de la santé réglementées.

(7.21) La Loi sur les hôpitaux publics devrait modifier la taille et la composition de la Commission d'appel des hôpitaux de manière à représenter les différents groupes de professionnels de la santé réglementés qui ont été nommés et augmenter le nombre de membres qui entendent les causes.

(7.22) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que chaque équipe de la Commission d'appel des hôpitaux qui entend l'appel d'un professionnel de la santé réglementé doit comprendre au moins un membre de la profession du demandeur.

(7.23) La Loi sur les hôpitaux publics devrait prévoir des conférences préparatoires obligatoires pour les appels présentés devant la Commission d'appel des hôpitaux.

(7.24) La Loi sur les hôpitaux publics devrait prévoir la nomination d'un vice-président de la Commission d'appel des hôpitaux pour faciliter les règlements lors de conférences préparatoires.

(7.25) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger qu'un seul professionnel soit désigné pour avoir l'entière responsabilité d'un patient.

(7.26) Le ministère de la Santé devrait mettre au point des mécanismes afin de faciliter l'échange ponctuel et efficace de renseignements entre les hôpitaux et les corps dirigeants sur les compétences et le comportement professionnel des professionnels de la santé réglementés.

(7.27) La Loi sur les hôpitaux publics devrait permettre que les principes relatifs à la responsabilité du fait d'autrui et à la responsabilité des établissements de santé pour les délits causés par les professionnels de santé non employés soient élaborés par la jurisprudence.

Chapitre 8 - Qualité

(8.01) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les hôpitaux s'efforcent continuellement d'améliorer la qualité et l'efficacité des services et des soins qu'ils offrent.

(8.02) La Loi sur les hôpitaux publics devrait assurer l'élaboration de règlements sur les points suivants :

a) des mesures pour soutenir le processus d'amélioration de la qualité dans l'hôpital;
b) la collecte et le rapport des données de l'hôpital; et
c) des rapports annuels sur les activités de l'hôpital concernant l'amélioration de la qualité et de la qualité des services et des soins, soumis au ministère de la Santé et au public.

(8.03) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les hôpitaux subissent périodiquement des examens externes.

(8.04) La Loi sur les hôpitaux publics devrait permettre l'accès au dossier médical du patient par les employés de l'hôpital qui ont été nommés responsables de l'amélioration de la qualité par le conseil d'administration, et que l'accès soit limité uniquement à cette fin.

(8.05) La Loi sur les hôpitaux publics devrait assurer que toute la documentation et les travaux du comité sur l'amélioration de la qualité de l'hôpital, y compris les analyses et les rapports préparés pour le comité ainsi que les déclarations faites lors des réunions du comité, ne soient pas admissibles pour des poursuites judiciaires.

(8.06) La Loi sur les hôpitaux publics devrait assurer que toutes les personnes qui participent aux activités d'un comité sur l'amélioration de la qualité ou d'un comité sur la qualité des soins d'un hôpital ne soient pas tenues de témoigner devant un tribunal sur leurs activités d'amélioration de la qualité du comité.

(8.07) La Loi sur les hôpitaux publics devrait tenir toutes les personnes qui participent aux activités du comité sur l'amélioration de la qualité ou du comité sur la qualité des soins, y compris le personnel du comité, quitte de toute responsabilité à l'égard des actions ou des déclarations faites de bonne foi durant leur participation.

(8.08) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que les procédures et les dossiers sur les activités d'amélioration de la qualité, entreprises par un comité sur l'amélioration de la qualité d'un hôpital, ou pour son compte, soient considérées comme des renseignements confidentiels et ne soient pas utilisés pour les enquêtes, la délivrance de titres ou certificats, les mesures disciplinaires.

(8.09) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les hôpitaux établissent des politiques et des procédures concernant le traitement de comportements abusifs.

Chapitre 9 - Malades

(9.01) Le gouvernement devrait adopter une loi qui :

a) établira les critères, les exigences et les processus concernant le consentement informé;
b) fournira des garanties aux patients handicapés mentalement concernant le consentement au traitement;
c) établira des critères pour la reconnaissance légale des indications concernant les directives médicales comme les testaments;
d) indiquera que les patients, y compris les patients des établissements de soins prolongés ou de longue durée, doivent fournir un consentement informé avant de participer aux activités d'enseignement ou de recherche de l'établissement;
e) établira les critères pour l'élaboration de formulaires de consentement uniformes et écrits dans un langage simple.

(9.02) La Loi sur les hôpitaux publics devrait intégrer les éléments de la recommandation 9.01 qui ne font pas partie d'une loi séparée.

(9.03) La Loi sur les hôpitaux publics devrait :

a) exiger que les conseils d'hôpitaux établissent un règlement sur l'utilisation de la contrainte sur un patient; le règlement devrait exiger que le dossier médical du patient contienne un minimum de renseignements sur l'utilisation de contrainte, les méthodes et l'administration de contraintes, et le comportement du patient qui a conduit à l'utilisation de contraintes; et

b) définir la restriction d'un malade pour comprendre la maîtrise du patient lorsque cela est nécessaire pour empêcher qu'il ne se blesse gravement ou qu'il ne blesse une autre personne par l'utilisation minimale d'une telle force, par des moyens mécaniques ou chimiques, comme il est jugé raisonnable, compte tenu de l'état physique ou mental du patient.

(9.04) Le ministère de la Santé devrait élaborer des directives à l'usage des hôpitaux concernant la contrainte des patients.

(9.05) La ministre de la Santé devrait mettre en oeuvre une loi qui :

a) protège le caractère confidentiel des dossiers médicaux des patients;
b) permet aux personnes d'avoir accès à leur propre dossier médical et aux renseignements concernant leur santé;
c) assure l'accès aux dossiers médicaux pour les activités d'amélioration de la qualité; et
d) assure l'accès aux dossiers médicaux pour des fins de recherche tout en préservant l'anonymat du patient.

(9.06) La Loi sur les hôpitaux publics devrait intégrer les éléments de la recommandation 9.05 qui ne font pas partie d'une loi séparée.

(9.07) Le gouvernement devrait adopter une loi concernant les périodes limites pour la responsabilité :

a) qui établit une période limite de deux ans à compter de la date de la découverte de la blessure;
b) qui établit une période limite finale de 30 ans après la journée durant laquelle l'acte ou l'omission s'est produit et sur lequel la demande est fondée, et une période limite plus courte de 10 ans pour les demandes concernant la négligence des hôpitaux ou des employés de l'hôpital ainsi que les demandes relatives à la négligence ou faute professionnelle touchant des professionnels de la santé, sauf pour les demandes pour «objets retenus»; et
c) qui maintient la loi actuelle et qui indique que les périodes limites ne s'appliquent pas aux personnes mineures ou handicapées.

(9.08) La Loi sur les hôpitaux publics devrait intégrer les éléments de la recommandation 9.07 qui ne font pas partie d'une loi séparée comme ils se rapportent aux hôpitaux.

(9.09) La Loi sur les hôpitaux publics devrait :

a) établir les responsabilités d'un service aux patients;
b) exiger que les conseils d'hôpitaux mettent sur pied un service aux patients;

c) prévoir le fonctionnement indépendant d'un service aux patients, y compris une source de financement protégée; et

d) assurer la protection des employés qui se sont plaints de pratiques douteuses à l'hôpital.

(9.10) La loi devrait assurer que les personnes dans un hôpital public ont accès au service de défense proposé de la province.

Chapitre 10 - Responsabilités de la province

(10.01) Le ministère de la Santé devrait introduire une loi qui rend obligatoire la planification coordonnée et intégrée aux niveaux du district, de la région et de la province, et qui s'applique aux secteurs public et privé du système de santé.

(10.02) La ministre de la Santé devrait être autorisée à signer des contrats avec des hôpitaux particuliers et des organismes intermédiaires afin d'obtenir des services particuliers pour des programmes régionaux ou provinciaux.

(10.03) Le gouvernement devrait prendre les mesures en vue de faciliter la planification financière pluriannuelle des hôpitaux.

(10.04) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que des règlements définissent l'éventail des projets d'immobilisations qui ne nécessitent pas l'approbation du ministère de la Santé.

(10.05) La ministre de la Santé devrait avoir le pouvoir d'octroyer des fonds de fonctionnement aux hôpitaux et aux autres organismes, pour des programmes particuliers s'adressant aux patients, la recherche, l'éducation et les activités connexes.

(10.06) La ministre de la Santé devrait mettre au point, après consultation avec l'hôpital, une formule juste et uniforme qui favorise l'approche actuelle de répartition des fonds provinciaux entre les hôpitaux, qui tient compte du volume des services, de la variété des cas, des circonstances changeantes dans la collectivité et d'autres questions pertinentes.

(10.07) La ministre de la Santé devrait élaborer des règlements qui indiquent les motifs techniques sur lesquels les hôpitaux peuvent en appeler de la répartition de leurs fonds.

(10.08) La ministre de la Santé devrait établir, pour la répartition des fonds aux hôpitaux, des échéanciers qui favorisent de saines pratiques de planification et de gestion.

(10.09) La ministre de la Santé devrait indiquer les cas où la ministre ou l'hôpital devra modifier les services de l'hôpital et la méthode pour faire ces modifications, en tenant compte du contrat social de l'hôpital et des parties en cause.

(10.10) La Loi sur les hôpitaux publics devrait autoriser la ministre, lors de circonstances particulières, à exiger la création d'une entreprise commune ou d'une société, une fédération avec un nouveau conseil d'administration ou la fusion d'hôpitaux.

(10.11) La ministre de la Santé devrait consulter les hôpitaux et les autres intervenants avant de modifier ou d'élaborer de nouveaux règlements, sauf lors de situations d'urgence lorsqu'il n'est pas dans l'intérêt public d'avoir un délai.

(10.12) La Loi sur les hôpitaux publics devrait prévoir l'élaboration de règlements concernant la qualité des soins et des services dans las hôpitaux.

(10.13) La ministre de la Santé devrait étudier la possibilité de créer un institut qui servira à promouvoir et coordonner l'éducation, la recherche et la formation professionnelle dans la gestion et l'amélioration des services de santé.

(10.14) La Loi sur les hôpitaux publics devrait prévoir la réglementation des hôpitaux par la ministre, par l'examen du rendement et l'intervention lorsqu'il est nécessaire de protéger l'intérêt public.

(10.15) La Loi sur les hôpitaux publics devrait préserver le pouvoir discrétionnaire du Conseil des ministres de nommer des enquêteurs lorsque des préoccupations concernant la qualité de la direction, de la gestion, des traitements fournis ou des soins donnés dans un hôpital ont été soulevées.

(10.16) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que la ministre fournisse un exemplaire du rapport de l'enquêteur qu'il a remis au président du conseil de l'hôpital lors du dépôt du rapport devant le Conseil des ministres.

(10.17) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que les hôpitaux peuvent faire des présentations devant le Conseil des ministres concernant le rapport de l'enquêteur avant qu'il ne prenne sa décision, sauf lors de situations d'urgence.

RAPPORT

CHAPITRE 1 INTRODUCTION

L'origine de l'examen

En 1989, M^me^ Elinor Caplan, alors ministre de la Santé, a entrepris un examen approfondi de la Loi sur les hôpitaux publics. Cet examen constitue un élément de la stratégie d'ensemble du gouvernement visant à procéder à une réforme du système de soins de santé en Ontario pour qu'il reflète davantage l'évolution de notre compréhension de la santé et les nouvelles orientations en matière de prestation des services de santé. Il est largement reconnu dans le milieu de la santé que la Loi sur les hôpitaux publics est désuette. La présente loi ne fournit pas un cadre législatif adéquat pour permettre aux hôpitaux de s'adapter aux circonstances actuelles et changeantes dans leurs communautés ou pour assurer leur participation à un système intégré des services de santé en Ontario.

Les mémoires

L'ancienne ministre a invité les parties intéressées à soumettre des mémoires au sujet de la révision de la Loi sur les hôpitaux publics. Initialement, 27 mémoires ont été présentés par des organismes et des particuliers qui s'intéressent aux répercussions de la loi sur l'organisation et l'administration des hôpitaux, ainsi que sur le système de soins de santé.

Le Comité de direction

À l'automne 1989, un Comité de direction a été créé pour analyser les mémoires et réviser la loi. Le Comité était composé de 25 personnes qui ont été choisies pour apporter au travail de révision la perspective des utilisateurs de services, des professionnels de la santé, des gestionnaires des hôpitaux et du gouvernement, et pour refléter une gamme étendue d'intérêts et d'expériences au sein du milieu hospitalier de l'Ontario. Après leur nomination, ces personnes agissaient comme membres du Comité et non comme représentantes de leur organisme respectif.

Le mandat

Le mandat du Comité de direction consistait à effectuer un examen approfondi de la Loi sur les hôpitaux publics et à conseiller la ministre de la Santé sur les modifications et les améliorations à y apporter pour permettre aux hôpitaux publics de répondre efficacement aux besoins actuels et futurs des Ontariennes et Ontariens en matière de santé.

Le processus

Les travaux du Comité ont reposé sur les éléments suivants :

- 27 mémoires initiaux reçus par la ministre;
- des mémoires supplémentaires :
  - 32 mémoires reçus après le début des travaux du Comité; et
  - 20 lettres portant sur les travaux du Comité;
- des études et des rapports antérieurs du gouvernement; [1]
- des recherches et des rapports antérieurs au sujet d'organismes pertinents en Ontario et à l'extérieur de la province;
- des recherches effectuées pour le Comité;
- des représentants des autorités invités à informer le Comité et à discuter de certaines questions; et
- la compétence et l'expérience des membres du Comité.

---

[1] Ces documents comprennent «La santé pour tout l'Ontario : Rapport du Groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario», Groupe d'étude sur le système de santé en Ontario, Toronto, août 1987; «Questions relatives à la promotion de la santé en Ontario - Rapport du Groupe consultatif du ministre sur la promotion de la santé, Toronto, 1987; «La santé en Ontario : vers une orientation commune : Rapport du Groupe d'étude sur le système de santé en Ontario», Groupe d'étude sur le système de santé en Ontario, Toronto, juin 1987; «Rapport du Comité d'examen conjoint sur l'évaluation du fonctionnement des 23 hôpitaux», ministère de la Santé de l'Ontario, juillet 1988; «Objectif santé : proposition d'un cadre stratégique, Conseil du premier ministre sur la santé 1987-1991», gouvernement de l'Ontario, Ontario, mars 1991.

Le Comité a procédé à un examen approfondi des caractéristiques actuelles et souhaitables des hôpitaux, de l'interaction entre les hôpitaux et le système de santé, et du degré auquel les hôpitaux répondent aux besoins de leur communauté. Il s'est aussi penché sur les caractéristiques touchant la direction, la gestion, et le fonctionnement qui pourraient aider les hôpitaux publics à mieux s'adapter aux changements de circonstances.

Les groupes de travail

Le Comité de direction a décidé, dès le début de ses délibérations, d'établir les cinq groupes de travail suivants :

- direction;
- utilisation et efficacité;
- gestion, planification et financement;
- malades, résidents et public; et
- hôpitaux - relations professionnelles.

Ces groupes de travail ont effectué des analyses détaillées de ces cinq domaines et ont présenté leur rapport au Comité de direction. Le groupe de travail sur la direction était entièrement composé de membres du Comité de direction. Les groupes de travail sur l'utilisation et l'efficacité, la gestion, la planification et le financement, et les malades, les résidents et le public ont été élargis pour y inclure des membres supplémentaires ayant une expérience et une compétence complémentaires à celles des membres du Comité de direction. Le groupe de travail sur les relations entre les hôpitaux et les professionnels a formé un comité d'experts de dix personnes dont la tâche consistait à évaluer et à commenter les recommandations préparées par le groupe de travail au cours du processus d'examen.

L'examen

Le Comité de direction a étudié les recommandations des groupes de travail, individuellement et collectivement, pour s'assurer qu'elles soient cohérentes par rapport aux prémisses et aux principes établis par le Comité pour guider son travail, et pour veiller à ce qu'elles favorisent les améliorations et les changements souhaités dans les hôpitaux en matière de direction, de gestion, de prestation des soins aux malades, d'interaction avec les autres organismes et fournisseurs de services de santé, et de la sensibilité aux besoins communautaires dans le domaine de la santé. Les conclusions du Comité de direction reconnaissent la nécessité non pas de modifier certaines dispositions de la loi actuelle, mais plutôt d'en effectuer une refonte et une réforme.

Même si le Comité en est arrivé à un consensus sur la nécessité de modifier la loi et sur la nature des modifications qui devraient y être apportées, certains membres du Comité n'étaient pas toujours d'accord avec chacune des recommandations. Chaque recommandation, et les principes sur lesquels elle repose, ont fait l'objet d'analyses, de discussions et de débats étendus. Dans plusieurs cas, le Comité a demandé aux groupes de travail d'effectuer une nouvelle analyse et de reconsidérer leurs recommandations. Ce processus a permis de soumettre les recommandations à un examen minutieux. Comme il faillait s'y attendre, les membres du Comité avaient des opinions et des perspectives divergentes dans certains cas. Lorsqu'il n'était pas possible d'en arriver à l'unanimité, les recommandations étaient rédigées de façon à refléter l'opinion dominante des membres du Comité.

Le rapport

Le présent rapport compte 10 chapitres. Ceux-ci sont interreliés, comme ce fut le cas des discussions et des recommandations. Ils doivent donc être considérés dans leur ensemble plutôt qu'être lus et interprétés individuellement.

Le chapitre 2 présente l'analyse et la perspective du Comité sur l'histoire des hôpitaux publics en Ontario, ainsi que sur le contexte actuel dans lequel les hôpitaux fonctionne

et le contexte dans lequel ils devront fonctionner à l'avenir. Le chapitre 3 présente les prémisses et les principes qui ont guidés les travaux du Comité et ceux qu'il recommande pour guider les hôpitaux publics de l'Ontario et la refonte de la Loi sur les hôpitaux publics.

Les sept autres chapitres du rapport présentent des recommandations relatives à la réforme des hôpitaux publics et à la refonte de la Loi sur les hôpitaux publics. Les annexes du rapport présentent la liste des participants à l'examen (Annexe I), ainsi que la liste des organismes et particuliers qui ont soumis des mémoires et des lettres au Comité (Annexe II).

CHAPITRE 2 LE CONTEXTE DES CHANGEMENTS

L'Ontario a changé considérablement depuis la proclamation de la Loi sur les hôpitaux publics en 1931. Ces changements sont apparents dans la taille et la diversité de la population, la nature et la complexité des soins de santé, le rôle des hôpitaux dans la communauté, et la participation du gouvernement provincial au financement et à l'orientation du secteur hospitalier.

La Loi sur les hôpitaux publics et ses règlements ont été adaptés au cours des années pour refléter les circonstances au fur et à mesure qu'elles changeaient. Ce n'est pas de critiquer les divers auteurs de la loi et des règlements que de constater qu'ils ne reflètent plus le contexte législatif requis par les hôpitaux existants et les circonstances actuelles.

2.1 LA NATURE CHANGEANTE DE L'ONTARIO

Au cours des 60 dernières années, la population de l'Ontario a connu des changements considérables. Sous l'influence de la génération d'après-guerre et de l'immigration, la population de l'Ontario est passée d'environ 3,4 millions de personnes à près de 10 millions de nos jours. L'Ontario, et plus particulièrement dans les milieux urbains, est une société de plus en plus multi-ethnique et multiculturelle.

Les attitudes sociales à l'égard des affaires publiques se sont aussi modifiées pour mettre de plus en plus l'accent sur l'ouverture, la responsabilité et la sensibilité aux besoins locaux, sociaux et culturels d'une population diversifiée. Les attentes du public à l'égard des professionnels, des institutions publiques et du gouvernement sont devenues plus exigentes, surtout en matière de responsabilité envers le public, les clients et le gouvernement dans les cas où des fonds publics sont engagés. Les professionnels et les établissements du secteur de la santé ont une plus grande obligation de répondre aux besoins et aux préoccupations des malades, de la communauté et du personnel hospitalier. Il existe maintenant

un plus grand nombre de groupes d'intervention et d'intervenants qui veulent participer aux décisions touchant les soins de santé et veiller à ce que leurs préoccupations soient considérées. Ceci a notamment eu pour effet de rendre plus complexes les relations entre les hôpitaux et les communautés qu'ils desservent.

2.2 LA NATURE CHANGEANTE DES SOINS DE SANTÉ ET DES HÔPITAUX

Depuis les années 1930, les soins de santé ont connu une transformation remarquable. On a constaté une diminution dramatique de l'incidence de plusieurs maladies et de la mortalité qui y est associée. Les maladies infectieuses, qui habituellement décimaient les populations, telles que la tuberculose, la poliomyélite, la variole et la typhoïde, ont été éliminées ou réduites à un phénomène mineur en Ontario. Des maladies souvent mortelles, comme la pneumonie, n'ont plus de nos jours qu'un effet négligeable sur le taux de mortalité. L'habilité de la médecine à diagnostiquer, traiter, contrôler et guérir les maladies s'est accrue de façon remarquable.

Il ne fait aucun doute que l'amélioration de la santé de la population est attribuable en grande partie à des mesures de santé publique, comme la disponibilité d'eau potable de bonne qualité, à une alimentation améliorée, à de meilleures conditions de travail et à une meilleure éducation. Il est également évident que le grand nombre d'appareils modernes, de technologies et de médicaments servant aux diagnostics et aux thérapies sont indispensables pour maintenir et améliorer la santé de millions de Canadiens. L'hôpital joue un rôle clé dans l'organisation et la prestation de ces services.

Avec le développement de la technologie médicale au cours des années 1930 et 1940, celle-ci est devenue trop dispendieuse pour le cabinet du médecin. Dès les années 1950, les médecins et les malades devaient

compter de plus en plus sur les hôpitaux pour les diagnostics et les traitements. Plus récemment, l'hôpital est devenu un établissement de plus en plus axé sur les soins secondaires et tertiaires hautement spécialisés, et parfois même sur les soins primaires, pour l'ensemble de la collectivité.

Des changements profonds sont aussi survenus dans le type et le rôle des professionnels de la santé. Dans la profession médicale, le diagnostic et le traitement sont de plus en plus assurés par des médecins spécialistes et sous-spécialistes. Autrefois, les professions réglementées dans le domaine de la santé ne comprenaient que la médecine, la dentisterie et les soins infirmiers. Plus récemment, de nouvelles professions non médicales sont apparues dans certains secteurs spécialisés des soins de santé, tels que la physiothérapie, le traitement des maladies respiratoires, la technologie de laboratoire, la technologie de radiation, l'audiologie et la diététique clinique.

2.3 LE FONCTIONNEMENT ET LA GESTION DES HÔPITAUX

Dans certains cas, les édifices qui abritent les hôpitaux ont la même apparence qu'ils avaient il y a 60 ans et parfois il s'agit des mêmes édifices. Toutefois, ce qui s'y passe à l'intérieur est beaucoup plus complexe et beaucoup plus réussi que ce qui s'y passait il y a 60 ans.

Pendant plusieurs années, les hôpitaux étaient essentiellement le prolongement du cabinet du médecin. Le surintendant de l'hôpital, et par la suite l'administrateur, était souvent un médecin. Les médecins, qui étaient des praticiens indépendants comptant sur l'hôpital pour leur pratique et pour gagner leur vie, relevaient directement du conseil d'administration et en étaient membres. L'administration hospitalière fournissaient les ressources nécessaires pour appuyer le travail des médecins. L'hôpital a créé un système de gestion parallèle en vertu duquel l'administrateur et le médecin en chef relevaient indépendamment du conseil d'administration, une situation entérinée par la loi actuelle. Dans plusieurs hôpitaux, l'existence

de ce système parallèle a souvent entraîné une certaine confusion dans la direction, la gestion et l'administration de l'hôpital, tandis que les secteurs et les rapports de responsabilité étaient souvent mal définis.

Au cours des années, l'hôpital a commencé à élargir ses perspectives. Il jouait de plus en plus un rôle d'établissement public en tenant compte de façon croissante de la variété de questions relatives à la santé au sein de la communauté, ainsi que des besoins de plus en plus complexes des malades hospitalisés par les médecins. L'ampleur, la complexité et la diversité du fonctionnement de l'hôpital ont exigé que l'on accorde une plus grande attention à l'ensemble des questions se rapportant à la gestion, dont l'administration fait partie. Ces questions comprennent, entre autres, le développement organisationnel, la planification stratégique et opérationnelle, le budget et les finances, l'utilisation des ressources et l'efficacité des services. Ces activités, nécessaires à toute organisation, sont de plus en plus considérées comme des éléments clés pour assurer que l'hôpital soit administré et géré de façon à offrir les services nécessaires à la communauté.

Les rapports de responsabilité de l'hôpital sont devenus plus rigoureux, les bases de données et les systèmes informatiques sont plus étendus et plus perfectionnés. Ces changements sont les plus apparents dans la fonction de l'hôpital de rassembler, d'organiser et de gérer les ressources humaines, physiques et financières nécessaires pour offrir des services cliniques.

2.4 LA PROVINCE ET LE FINANCEMENT

Au cours des années le rôle et les responsabilités du gouvernement provincial dans le secteur hospitalier se sont étendus en partie en raison de la croissance du financement provincial depuis les années 1950. Cette situation a conduit, entre autres, à mettre un accent accru sur une approche

globale pour l'ensemble de la province en matière de coordination et d'intégration des programmes et des services de santé.

2.4.1 Le financement des hôpitaux

Le coût de fonctionement de l'hôpital a augmenté progressivement, surtout au cours des 20 dernières années. La nature des traitements a changé considérablement et nous payons maintenant pour une gamme de services très différents et beaucoup plus efficaces qu'auparavant, ainsi que pour la spécialisation du personnel chargé de la prestation de ces services.

Jusqu'en 1957, les hôpitaux privés et publics facturaient les malades pour leurs services. Les patients payaient directement, par l'intermédiaire d'un programme d'assurance-hospitalisation privé ou ils étaient traités gratuitement pour des raisons de charité. Le coût des soins dispensés aux personnes pauvres était défrayé par la municipalité. Des fonds supplémentaires pour les soins et le traitement des personnes pauvres étaient fournis par la province et au moyen de cueillettes de fonds.

Le financement provincial du fonctionnement et des programmes d'immobilisations des hôpitaux a apporté un degré de stabilité financière aux hôpitaux qui étaient soumis à une expansion rapide et à des changements technologiques. Le financement provincial a aussi accru la dépendance des hôpitaux à l'égard du gouvernement provincial. L'hôpital, qui fut déjà un établissement financé par des sources privées, est devenu ni plus ni moins qu'un service public financé en grande partie à l'aide des fonds publics. Le public tient le gouvernement provincial responsable du financement, de l'organisation, de la prestation et, dans une certaine mesure, de la qualité des services hospitaliers à tout le moins pour assurer la disponibilité et l'accessibilité de technologies et de traitements adéquats.

L'ampleur du financement provincial des coûts de fonctionnement et d'une grande partie des dépenses d'immobilisations des hôpitaux, et la nécessité pour tous les gouvernements de rationner les ressources limitées, ont poussé la province à intervenir plus directement dans le domaine de la gestion du système de santé. Le ministère de la Santé met de plus en plus l'accent sur l'efficacité et l'amélioration des comptes rendus sur la façon dont les fonds publics sont dépensés. Cette préoccupation dépasse les considérations à court terme relativement aux déficits et aux recettes du gouvernement, même s'il s'agit tout de même d'aspects importants. Cette situation se rapporte plutôt à la question globale et fondamentale de la responsabilité de l'hôpital à l'égard du gouvernement et du public au sujet de la façon dont les fonds publics sont dépensés, ainsi que de la viabilité et l'efficacité à long terme du secteur hospitalier à l'approche du 21e siècle.

2.4.2 Le système provincial de soins de santé

Les attentes du public à l'égard du secteur de la santé, y compris les hôpitaux, reposent sur les cinq principes du programme d'assurance-santé instauré il y a 30 ans. Ces principes, reflétés dans la Loi canadienne sur la santé peuvent être résumés de la façon suivante :

- universalité : tous les Canadiens ont droit à l'assurance-santé;
- accessibilité : tous les Canadiens ont droit aux services de santé sans obstacles financiers ou autres;
- application interprovinciale : un Canadien peut obtenir, sans frais, des services de santé dans n'importe quelle province;
- étendue : tous les Canadiens bénéficient d'une assurance-santé couvrant une gamme étendue de services de santé de nature médicale; et
- administration publique : un régime d'assurance-santé administré par un organisme public sans but lucratif.

En discutant des services de santé en Ontario, on utilise souvent l'expression «système de soins de santé». Même s'il s'agit d'une expression utile, elle peut être trompeuse. En Ontario, les services de santé ont historiquement été assurés par des particuliers ou des organismes, dont les hôpitaux. Ils ont fonctionné de façon plus ou moins indépendante les uns des autres, mais ont collaboré au moyen d'ententes officielles et officieuses d'intégration et de chevauchement.

Même si le système des soins de santé de l'Ontario est l'un des meilleurs au monde, il s'agit d'un système dont la nature est plutôt officieuse. Au cours des années, les hôpitaux ontariens se sont avérés remarquablement efficaces, sécuritaires, résilients et capables de s'adapter aux nouvelles circonstances. Toutefois, au cours des dernières années, les changements constants dans le domaine des soins de santé, les nombreux champs de compétence concernés, l'ampleur des soins de santé, les coûts et les limites du budget provincial ont créé des conditions plus complexes et interdépendantes qui font appel à une approche officielle et systématique en matière de coordination et d'intégration des ressources et des services.

Cette situation n'est pas unique à l'Ontario. Les services de santé dispensés ailleurs, qu'ils soient financés par des fonds privés ou publics, sont soumis à des pressions semblables et doivent aussi repenser l'organisation et la prestation des programmes et des services de santé. Le public exige de plus en plus qu'on rendre compte du fonctionnement des services de santé, que ce soit les services dispensés individuellement ou ceux assurés dans l'ensemble du système, et qu'on veille à ce que l'ensemble de la population ait un accès équitable aux programmes et aux services appropriés. Par ailleurs, la possibilité de rendre des comptes exige que les rôles et les responsabilités de chaque élément du système de soins de santé, ainsi que leurs relations, soient établis de façon claire et précise.

Depuis quelques années, on a observé une tendance vers la rationalisation des services hospitaliers dans la province. Cette rationalisation a parfois consisté en des transferts volontaires de programmes d'un hôpital à un autre, en des fusions d'hôpitaux ou en la consolidation de programmes. Ces changements ont principalement été effectués à la pièce.

Toutefois, les ententes intervenues entre les hôpitaux et les fournisseurs de soins de santé locaux et régionaux sont encore souvent fragmentées, mal organisées et mal comprises. Il manque un cadre d'ensemble pour aider les hôpitaux à planifier, à coordonner et à assurer la prestation des services afin de permettre, aux niveaux local, régional et provincial, de faire une utilisation efficace des ressources afin de répondre aux besoins des malades et de la communauté.

Au cours des dernières années, le gouvernement provincial a pris des dispositions, dont le présent examen, pour établir un système de responsabilité plus rigoureux pour les services et les établissements du secteur de la santé de la province. La création, il y a une dizaine d'années des conseils régionaux de santé, chargés de la planification et de la coordination intermédiaire, en est un exemple. Lorsqu'un tel système aura été instauré, le gouvernement provincial sera mieux en mesure de démontrer au public qu'il a fait preuve de sagesse dans l'exercice de ses responsabilités à l'égard des services de santé et de l'utilisation des fonds publics.

Les objectifs du système de soins de santé que le gouvernement cherche à établir ne sont pas limités aux services de soins proprement dits, mais visent davantage à favoriser des communautés plus saines. Ceci est évident par la nouvelle orientation communautaire et multidisciplinaire donnée au système en matière de services, de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Les intervenants du système de soins de santé comprennent non

seulement les hôpitaux et les professionnels de la santé dont la pratique est réglementée, mais aussi l'ensemble des services contribuant au bien-être du public et à la promotion de la santé. Ceux-ci comprennent notamment les services de santé communautaires, le logement, les services de soutien sociaux et le bénévolat. Les principes d'un tel système mettent l'accent, entre autres, sur le bien-être des malades ou des clients, la collaboration entre les services, l'intégration et la coordination de l'utilisation des ressources.

Toutefois, le gouvernement provincial ne dispose pas des moyens législatifs nécessaires pour atteindre ses objectifs. Dans le secteur hospitalier, qui fait l'objet du présent examen, il est nécessaire de créer un degré plus élevé de cohérence et de collaboration législative. Les rôles et les responsabilités de chaque hôpital par rapport à la communauté, le système des soins de santé et le gouvernement provincial doivent être redéfinis. Il est nécessaire que chaque hôpital doit comprendre ce qu'on en attend dans le cadre du système de soins de santé que le gouvernement provincial cherche à instaurer, et la façon dont il devra assumer ses responsabilités.

Il est douteux que la Loi sur les hôpitaux publics puisse répondre à toutes ces exigences. Au cours des dernières années, le gouvernement provincial a mis de l'avant un certain nombre d'initiatives pour appuyer le mouvement vers un système de soins de santé mieux coordonné et mieux intégré. La révision de la Loi sur les hôpitaux publics doit tenir compte de ces efforts.

2.4.3 La réglementation

La responsabilité traditionnelle de la province a consisté à réglementer les hôpitaux. Cette responsabilité s'accompagne de l'autorité législative d'inspecter, d'enquêter, de superviser et, si cela est nécessaire dans les cas extrêmes, de nommer un superviseur pour agir au nom du conseil d'administration de l'hôpital. Ces pouvoirs doivent être préservés dans

l'intérêt du public. Il est également nécessaire de considérer comment ces responsabilités pourraient être exercées de façon équitable pour toutes les parties concernées.

2.5 LES FONDEMENTS

Au début de la dernière décennie du siècle actuel et pendant que les soins de santé connaissent des changements qui étaient inimaginables il y a 60 ans, il est approprié d'examiner le fondement législatif des hôpitaux pour les futures décennies. Nous devons déterminer les principes et les objectifs, et poser les fondements d'une approche globale, fonctionnelle, cohérente et souple à l'égard des hôpitaux pour que nous puissions nous tourner vers le XXI[e] siècle. Pour y parvenir, nous devons déterminer ce qui doit être préservé et protégé, de même que ce qui doit être modifié.

CHAPITRE 3 LES PRÉMISSES ET LES PRINCIPES

3.1 INTRODUCTION

Le secteur des hôpitaux publics, au sein du secteur des soins de santé de l'Ontario, est caractérisé par une diversité d'intérêts légitimes et nécessaires. Ceux-ci reflètent des valeurs, des pressions et des besoins différents qui doivent être pris en compte et équilibrés dans chaque hôpital et dans l'ensemble du secteur des soins de santé.

- La nécessité pour l'hôpital d'utiliser les ressources pour répondre aux besoins des malades et de la communauté;
- la nécessité pour l'hôpital de faire une utilisation immédiate des ressources et la nécessité de maintenir des ressources pour répondre aux exigences futures;
- la nécessité pour le gouvernement provincial d'assurer un système intégré de soins de santé et une utilisation appropriée des fonds publics, et la nécessité pour chaque hôpital d'être capable de s'adapter aux nouvelles circonstances locales;
- les valeurs et la culture de chaque hôpital et l'ensemble des intérêts du public;
- les pratiques établies des hôpitaux et les nouveaux développements techniques et administratifs;
- l'établissement hospitalier et le nouvel accent mis sur les soins de santé communautaires;
- la fonction de l'hôpital dans le traitement des personnes gravement malades; et
- la fonction de l'hôpital comme ressource communautaire favorisant le bien-être.

Après de longues discussions, les membres du Comité de direction en sont arrivés à une entente sur les prémisses de base devant guider leur travail, les questions devant être examinées, la nature des changements devant être apportés et les

principes sur lesquels devraient reposer les changements à la Loi sur les hôpitaux publics. Même si chaque conclusion et recommandation n'ont pas nécessairement fait l'objet d'un accord unanime, cette entente générale sur les prémisses et les principes a été maintenue tout au long des délibérations du Comité.

3.2 LES PRÉMISSES DE BASE

Les prémisses de base qui soutendent la perception du Comité à l'égard de la nature des changements qui doivent être apportés à la Loi sur les hôpitaux publics, et les motifs pour lesquels ces changements sont nécessaires, peuvent être répartis dans les deux catégories suivantes : 1) une loi habilitante, et 2) la coordination et l'intégration des services de santé.

3.2.1 Une loi habilitante

Au cours des délibérations du Comité de direction, la question à laquelle il a été confronté le plus souvent, d'une façon ou d'une autre, a été la suivante : Quel est le but de la loi? La loi ne doit pas empêcher, mais plutôt aider l'hôpital à assumer ses responsabilités. Les circonstances et les besoins varient considérablement dans l'ensemble de la province. La portée et l'ampleur des ressources, des programmes et des services des hôpitaux varient aussi grandement. Il serait impossible de tenter d'élaborer une loi normative qui tiendrait compte de toutes ces différences.

En conséquence, le rôle de la loi devrait être d'aider et d'encourager l'hôpital à travailler avec la communauté ou les communautés qu'il dessert, ainsi qu'avec les intervenants, pour développer la portée, la variété et l'organisation des programmes et des services les plus appropriés à la communauté concernée. La loi devrait également favoriser la latitude, l'habilité et la créativité de chaque hôpital pour lui permettre de répondre aux besoins actuels de ses malades et des communautés, et de planifier les changements qui devront être apportés en raison des nouvelles circonstances qui se présenteront éventuellement.

Nous favorisons une approche législative établissant les principes et les objectifs que tous les hôpitaux devront respectés, notamment à l'égard de la qualité, des droits des malades, de la direction, de la gestion et des rapports de responsabilité, de même que les mécanismes et les procédures nécessaires. Chaque hôpital disposerait de la liberté et de la responsabilité, dans le cadre des dispositions législatives, de tenir compte de ces exigences de la façon qui lui semble la plus appropriée.

La notion d'une loi habilitante ne masque pas pour autant le fait qu'une loi est, par définition, normative. Les dispositions normatives de la loi devraient faire en sorte que la ministre puisse remplir ses responsabilités, notamment à l'égard du système de soins de santé, des rapports de responsabilité et de la sécurité du public, et veiller à ce que les hôpitaux comprennent et assument leurs responsabilités.

Toutefois, en pratique, le ministère de la Santé s'est plutôt tourné vers une approche non normative. Le Ministère explique sa position en indiquant qu'une fois qu'une entente est intervenue avec un hôpital public au sujet de son programme général, le Ministère ne s'occupe pas de ses activités quotidiennes à moins qu'une grave question ne soit soulevée. Dans ces circonstances, le Ministère intervient de la façon qu'il le juge appropriée.

Il est nécessaire d'élaborer un cadre législatif et réglementaire pour concrétiser cette approche habilitante. L'intérêt du public exige que le fonctionnement des hôpitaux repose sur des normes et des rapports de responsabilité plus détaillés et plus précis que ceux qui existent dans la loi actuelle. Toutefois, ces normes devraient aussi laisser aux hôpitaux la latitude et les moyens de répondre du mieux qu'ils le peuvent aux besoins de leurs communautés.

3.2.2 La coordination et l'intégration des services de santé

Les principaux liens permettant de coordonner et d'intégrer les services de santé, c'est-à-dire de véritablement créer un «système», comprennent le ministère de la Santé et ses organismes, tels que les conseils régionaux de santé, ainsi que les hôpitaux et les autres fournisseurs collaborant au processus de planification comprenant aussi la communauté et le malade. Dans le cadre de la révision de la Loi sur les hôpitaux publics, il est important de distinguer le rôle de ces principaux intervenants.

Le ministère de la Santé. Le ministère de la Santé exerce un certain nombre de responsabilités en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé. Celles-ci comprennent notamment :

- la mise sur pied, la coordination et le fonctionnement d'une gamme complète de services de santé et d'un réseau harmonieux et intégré d'hôpitaux, d'établissements de soins prolongés, de maisons de soins infirmiers, de laboratoires, de services d'ambulance et d'autres établissements de santé;

- le financement d'une proportion déterminée des coûts de fonctionnement et des dépenses d'immobilisations de l'hôpital;

- les soins, les traitements et les services que les hôpitaux et les établissements de santé dispensent, de même que les installations nécessaires, et l'évaluation des revenus nécessaires pour dispenser ces soins, ces traitements et ces services;

- le contrôle des frais que les hôpitaux et les établissements de santé imposent à leurs malades; et

- les enquêtes sur les hôpitaux et les établissements de santé afin de déterminer les services et le personnel nécessaires pour répondre aux besoins de la population de l'Ontario dans le domaine de la santé.

En outre, la Loi sur les hôpitaux publics confie à la ministre de la Santé des responsabilités particulières en matière d'organisation et de fonctionnement des hôpitaux, mais non dans le domaine de la prestation des services assurés par chaque hôpital.

En réponse aux nouvelles circonstances et à ses responsabilités législatives, le Ministère a mis sur pied un système de santé organisé et coordonné de façon plus officielle grâce à une approche provinciale en matière de planification, d'organisation et de prestation des services. Cette approche met notamment l'accent sur une gestion efficace des ressources publiques aux niveaux des fournisseurs de services et de l'ensemble du système.

Le ministère de la Santé a aussi adopté une perspective plus stratégique dans l'exercice de plusieurs de ses responsabilités. Il a consacré des efforts accrus à l'élaboration de buts et d'objectifs pour l'ensemble du système des soins de santé, y compris le secteur hospitalier, et de mécanismes de mise en oeuvre pour les atteindre.

Parmi ses prémisses de base, le Comité de direction reconnaît que le Ministère doit maintenir cette orientation. En conséquence, la Loi sur les hôpitaux publics doit non seulement reconnaître la responsabilité du ministère de la Santé en matière de réglementation, mais elle devrait aussi favoriser et appuyer cette approche stratégique dans les domaines de la planification, de la coordination et de la prestation des services de santé.

Les conseils régionaux de santé. Les conseils régionaux de santé et les autres organismes provinciaux de planification joueront un rôle de plus en plus important dans cette approche stratégique. D'abord créé par le gouvernement pour lui fournir des conseils sur les besoins régionaux dans le domaine de la santé, chaque conseil est composé de représentants d'une variété de groupes intéressés, dont les fournisseurs, les utilisateurs, les communautés de la région et les dirigeants élus. Les conseils ne sont pas responsables de la prestation directe ou de la gestion des services de santé. Leur responsabilité consiste plutôt à faciliter la participation de la communauté à l'identification des besoins et à la préparation des plans, et à faciliter, au nom du gouvernement, l'élaboration d'un système planifié et intégré de services dans leur région respective.

Les conseils régionaux de santé devraient continuer à jouer un rôle important dans la planification et la coordination des services locaux. Il est dans l'intérêt du public que chaque hôpital planifie et offre ses programmes et ses services à l'intérieur du cadre de planification et de coordination établi par le conseil régional de santé. En conséquence, la Loi sur les hôpitaux publics devrait préciser la nature de la relation entre l'hôpital et le conseil régional de santé, les responsabilités de l'hôpital à l'égard du conseil, ainsi que le processus se rapportant à l'exercice de leurs responsabilités respectives.

L'hôpital. Le ministère de la Santé et les conseils régionaux de santé ont la responsabilité de déterminer la nature du système de soins de santé et d'en assurer la planification. Les responsabilités de l'hôpital consistent à assurer la gestion et la prestation des services prévus de la façon la plus efficace possible, à faire une utilisation optimale des ressources disponibles et à s'efforcer continuellement d'améliorer la disponibilité et la qualité de ses services. Le mandat de l'hôpital est défini à l'intérieur du cadre déterminé par le ministère de la Santé et par l'intermédiaire des conseils régionaux de santé.

Les hôpitaux jouent aussi un rôle d'intervenant indépendant. L'hôpital est un représentant légitime des intérêts des clients, des fournisseurs de services et de la communauté. Il s'agit également d'une ressource hautement spécialisée pour la prestation de meilleurs services. Toutefois, ces rôles ne diminuent pas les responsabilités premières de l'hôpital à l'égard de la gestion et de la prestation de ses services.

La communauté. L'hôpital public fonctionne en collaboration avec la communauté. Il offre des programmes et des services aux membres de la communauté et l'hôpital est appuyé par la communauté grâce au travail des bénévoles au conseil d'administration, à ses comités, dans le cadre des activités quotidiennes de l'hôpital, des ceuillettes de fonds pour l'hôpital et de plusieurs autres façons. L'hôpital est vraiment un organisme communautaire.

Dans sa communauté, l'hôpital collabore avec les autres hôpitaux, les professionnels de la santé, les autres organismes de santé, les groupes bénévoles et une variété d'organismes de services sociaux et autres, y compris le conseil régional de santé. Toutefois, les dispositions actuelles de la Loi sur les hôpitaux publics ne reflètent pas les relations qui existent entre l'hôpital et la communauté ou les communautés, ainsi qu'avec les autres fournisseurs locaux de services de santé.

Le malade. Le malade est la raison d'être fondamentale de l'hôpital au sein de la communauté, et l'objet principal de ses programmes et de ses services. Le malade est le lien essentiel dans l'élaboration d'un système de services de santé coordonné, intégré et équilibré.

Ces dernières années, on a constaté un accent de plus en plus prononcé sur la prise en main des personnes par rapport aux institutions de la société. Ce changement s'est aussi reflété dans le secteur hospitalier. Plusieurs hôpitaux font des efforts plus importants pour informer le malade au sujet des services de santé qu'il recevra et au sujet des autres possibilités, et pour assurer la participation du malade au

processus décisionnel se rapportant à son traitement et à ses soins. Les hôpitaux ont également tenté de faire place à la famille du malade dans le soutien dont il a besoin. Ces développements, qui correspondent à l'orientation que le ministère de la Santé a adopté depuis quelques années, ne sont pas reflétés dans la Loi sur les hôpitaux publics.

Le rôle de la Loi sur les hôpitaux publics. La Loi sur les hôpitaux publics devrait être un instrument important pour faciliter et renforcer la poussée stratégique du ministère de la Santé vers un système et des établissements de santé coordonnés, intégrés et équilibrés. La loi devrait définir les niveaux de besoins auxquels l'hôpital doit répondre par rapport au malade, à la communauté, à la région et à la province. La loi devrait préciser les rôles et les responsabilités des intervenants à chacun de ces niveaux, et déterminer un cadre permettant d'assurer la planification, la prestation, la coordination et l'intégration des programmes et des services.

Ce faisant, la loi devrait aussi établir un fondement législatif pour définir les rapports de responsabilité de chaque intervenant dans le secteur de la santé, y compris l'hôpital. Le public a un grand intérêt à assurer que le secteur de la santé fournisse des services efficaces, fasse une utilisation efficace des fonds publics et rende compte de ses décisions. Les rapports de responsabilité constituent un élément important de l'approche provinciale du Ministère à l'égard de la coordination et de l'intégration des services de santé. En vertu de cette approche, le principe de la responsabilité devrait être étendu à l'ensemble du secteur de la santé : de la responsabilité du gouvernement envers le public en matière d'utilisation des fonds publics, à la responsabilité de l'hôpital envers chaque malade à l'égard de la qualité, de la pertinence et de l'efficacité de ses services de santé.

3.3 LES PRINCIPES

À la lumière de ces prémisses, le Comité de direction a établi six principes sur lesquels reposent ses recommandations. Ces principes se rapportent à la direction, à la gestion et au fonctionnement des hôpitaux, ainsi qu'à la nature des relations

des hôpitaux avec les malade, la communauté, le personnel, les autres fournisseurs et le gouvernement provincial. Chaque principe est fondamental au domaine auquel il se rapporte, et son efficacité repose sur les autres principes. Ces principes sont les suivants :

- des traitements et des soins accessibles et équitables axés sur les malades;
- la réaction aux besoins locaux, régionaux et provinciaux;
- la responsabilité envers le malade et le public;
- l'engagement envers la qualité;
- l'efficacité de la gestion; et
- le respect des valeurs et des traditions de l'hôpital.

Les tensions et les conflits possibles entre ces différents principes reflètent les questions auxquelles font face les services de santé publics et privés, et qui doivent être résolues.

3.3.1 Des traitements et des soins accessibles et équitables axés sur les malades

L'objet principal de l'hôpital consiste à servir le malade afin d'atteindre le meilleur résultat possible. Un hôpital peut avoir d'autres fonctions, telles que l'éducation, la recherche ou la promotion de la santé. Mais sa responsabilité primordiale et le centre de ses activités se rapportent au malade.

L'accessibilité. Tous les services hospitaliers assurés en vertu de la Loi sur l'assurance-santé devraient être disponibles et accessibles de façon équitable à toutes les personnes assurées. Il existe certaines difficultés d'ordre pratique en matière de disponibilité, comme par exemple, dans les régions peu populeuses du Nord de l'Ontario. Souvent, les services hospitaliers doivent être situés dans des centres importants pour réaliser des économies d'échelle. Les professionnels, les techniciens, l'équipement et les établissements spécialisés ont besoin d'un bassin de population suffisamment important pour fonctionner de façon efficace et économique. Quel que soit l'endroit où l'hôpital est situé, cela entraîne des

problèmes d'accessibilité pour les personnes qui vivent à une distance éloignée. La Loi sur les hôpitaux publics ne peut garantir que les établissements et les services hospitaliers soient disponibles partout dans la province. Ainsi, il est encore plus nécessaire que la loi reconnaisse l'importance des principes d'accessibilité et d'équité.

Les droits des malades. Le principe des traitements et des soins axés sur les malades exige que l'hôpital respecte l'autonomie et la dignité du malade. Le malade a le droit de participer aux discussions et aux décisions relatives aux diagnostics, aux traitements et aux soins, et il a le droit de recevoir les renseignements dont il a besoin pour que sa participation soit utile. Plusieurs hôpitaux ont déjà adopté cette position. Toutefois, il est important de veiller à ce que la loi précise les droits du malade et les responsabilités de l'hôpital dans ce domaine.

3.3.2 La réaction aux besoins locaux, régionaux et provinciaux

Les hôpitaux doivent être sensibles aux besoins, aux intérêts et aux orientations de l'ensemble du public. La question de la sensibilité peut être analysée en fonction de deux perspectives.

Les intérêts de la communauté. La sensibilité de l'hôpital aux besoins de la communauté exige que le conseil d'administration de l'hôpital, par l'intermédiaire de ses membres et de ses comités, reflète la composition et les intérêts des diverses communautés desservies par l'hôpital. Cette sensibilité exige aussi que le conseil d'administration établisse divers mécanismes permettant à l'hôpital d'être en communication avec le milieu et de refléter une gamme étendue d'intérêts communautaires dans ses délibérations. La représentation communautaire peut être assurée par des groupes communautaires, d'autres fournisseurs, des groupes particuliers et des personnes possédant des qualifications particulières. En demandant des conseils et de l'information à ces groupes et à ces personnes, l'hôpital sera mieux en mesure de déterminer les besoins de la communauté et d'y répondre de façon appropriée. La Loi sur les hôpitaux publics devrait fournir des

moyens et un cadre permettant aux hôpitaux de réagir aux besoins communautaires.

Les besoins de la communauté. Au cours des dernières années, l'hôpital s'est efforcé de répondre aux besoins des différents intervenants et des communautés. Les besoins communautaires peuvent être définis au niveau régional par le conseil régional de santé ou par un orgasnisme régional de planification. Dans plusieurs cas, l'hôpital doit avoir des rapports avec divers conseils régionaux de santé en raison de la répartition des communautés qu'il dessert. Souvent, les autres fournisseurs locaux de soins de santé et les intervenants contribuent à répondre à ces besoins. L'hôpital a également la responsabilité plus large de refléter les orientations et les intérêts provinciaux.

La Loi sur les hôpitaux publics doit se pencher systématiquement sur la façon dont l'hôpital doit répondre aux divers niveaux de besoins. Les rôles et les responsabilités de l'hôpital, des organismes locaux et régionaux, et du ministère de la Santé devraient être précisés et définis. Les méthodes et les mécanismes par lesquels l'hôpital répondra à ces besoins, et permettant l'interaction des intervenants, devraient être établis en même temps que les rapports de responsabilités de chacun.

3.3.3 La responsabilité envers le malade et le public

La responsabilité est un fondement nécessaire au système de soins de santé et au réseau hospitalier. Deux niveaux de responsabilité doivent être considérés. La première se rapporte à l'hôpital. En tant qu'établissement orienté vers les besoins du malade, l'hôpital devrait être responsable envers le malade, dans le contexte de la jurisprudence établie, de la pertinence, de la sécurité, de la qualité et de l'efficacité des services qui lui sont dispensés. Ceci devrait être appuyé par des rapports internes de responsabilité envers le conseil d'administration. Cette responsabilité est essentielle à l'efficacité de la direction et de la gestion.

Le deuxième niveau de responsabilité de l'hôpital se rapporte à la communauté et, au nom du public en général, au ministère de la Santé. L'hôpital devrait être responsable envers le public de l'utilisation efficace des fonds publics, du respect de ses engagements et de ses responsabilités, à l'intérieur de ses ressources, et de la gestion de ses ressources pour assurer sa viabilité à long terme et lui permettre de répondre à la demande future.

Pour fonctionner efficacement, ces rapports doivent reposer sur un esprit d'ouverture, des réunions publiques, un accès aux dossiers par le public et des procédures précises de responsabilité. Sauf dans le cas des limites appropriées et nécessaires devant être imposées à l'accès du public aux dossiers confidentiels des malades et du personnel, l'hôpital devrait être tenu de conduire ses activités en public. Le public serait ainsi en mesure de déterminer de quelle façon l'hôpital conduit ses activités et assume ses responsabilités.

3.3.4 L'engagement envers la qualité

Le principe de la qualité englobe les trois objectifs principaux des activités courantes de l'hôpital. Le premier consiste à assurer que les diagnostics, les traitements et les soins dispensés au malade soient appropriés et efficaces. Le deuxième consiste à assurer que l'hôpital respecte ou dépasse les normes habituelles à l'égard de la qualité. Le troisième objectif consiste à assurer que l'hôpital soit un endroit sécuritaire pour les malades et les personnes qui y travaillent. Les personnes ne devraient pas devenir malades ou être blessées parce qu'elles se trouvent dans un hôpital.

Ces objectifs, qui englobent le principe de la qualité, sont inséparables. Un engagement organisationnel complet envers la qualité est nécessaire dans tous les domaines d'activité de l'hôpital. L'accent est mis sur le malade et la continuité des diagnostics, des traitements et des soins de qualité. Le processus commence par l'intégration de l'engagement envers la qualité à la philosophie, aux valeurs et à la mission de l'hôpital. Cet engagement exige une direction dévouée et l'appui de

l'ensemble du personnel de l'hôpital. Des objectifs doivent être établis, analysés, révisés et améliorés régulièrement. Les aspects opérationnels de l'engagement envers la qualité nécessitent une planification stratégique, opérationnelle et financière permettant d'atteindre des objectifs particuliers. Des systèmes complets, des relations organisationnelles et des efforts d'intégration et de coordination sont nécessaires pour assurer la mise en oeuvre de la surveillance et de l'évaluation de tous les aspects des activités de l'hôpital par rapport à l'engagement envers la qualité, de même que pour assurer la préparation de données sur le rendement à ce sujet.

Cette approche considère la question de la qualité de façon beaucoup plus étendue que c'était habituellement le cas jusqu'à maintenant. Elle met l'accent sur les équipes organisées de fournisseurs de soins, plutôt que sur le rendement de chaque praticien, de même que sur le rendement de l'hôpital et, ultimement, sur l'ensemble du système de soins de santé. En conséquence, la qualité doit se rapporter non seulement aux aspects cliniques et professionnels des soins, tels que l'efficacité et la pertinence, mais également aux questions sociales, telles que l'accessibilité, la continuité des soins, la confidentialité, la participation du malade et de sa famille aux soins, ainsi qu'aux aspects administratifs de la prestation des soins, tels que la rapidité avec laquelle les soins sont dispensés, l'efficacité des soins, la sécurité du milieu et le soutien à la prestation des soins.

En fonction de cette approche relative à la qualité des soins, les efforts visant à améliorer la qualité ne se limitent pas à la correction d'éléments de qualité insuffisante, ou même à la prévention de la mauvaise qualité, et au maintien d'un rendement conforme aux normes habituelles. Cette approche fait appel à une amélioration constante de la qualité dans l'ensemble de l'hôpital, par toutes les personnes qui y travaillent, quel que soit le niveau de rendement actuel. Ce principe de l'amélioration continue de la qualité repose sur la nécessité que le malade et le public obtiennent la meilleure qualité et la meilleure valeur de l'hôpital et du système de soins de santé.

3.3.5 L'efficacité de la gestion

La Loi sur les hôpitaux publics comporte des dispositions se rapportant à l'administration des hôpitaux et aux responsabilités des administrateurs d'hôpitaux. Toutefois, la loi ne stipule presque rien sur la question plus globale de la gestion des hôpitaux, et de leurs ressources, programmes et services.

La Loi sur les hôpitaux publics devrait confirmer l'autorité des gestionnaires dans le domaine de la gestion, définir les rôles et les responsabilités en matière d'administration et de gestion, préciser les rapports de responsabilité des gestionnaires, et donner la possibilité aux gestionnaires d'élaborer les structures les plus appropriées pour qu'ils remplissent leurs responsabilités.

Les hôpitaux sont des organisations extrêmement complexes fonctionnant par rapport à des circonstances changeantes et, parfois, instables et imprévues. Un hôpital doit être une organisation vigoureuse et bien gérée disposant de la souplesse nécessaire pour établir et maintenir son engagement à l'égard de l'amélioration de la qualité, et pour assumer ses différentes responsabilités envers le malade, la communauté et la province. Même s'il est difficile de s'entendre sur la définition de l'expression «saine organisation», on peut toutefois convenir qu'une saine organisation compte, à tout le moins, des gestionnaires et un personnel qualifiés et compétents qui souscrivent à la philosophie et aux valeurs de l'hôpital, et qui travaillent sans relâche en collaboration pour atteindre des buts et des objectifs communs.

3.3.6 Les valeurs et les traditions

Les hôpitaux sont des établissements communautaires. Chaque hôpital, même le plus grand et le plus perfectionné, s'est développé dans des circonstances particulières. Celles-ci contribuent à façonner les valeurs, la culture et les traditions de l'hôpital, de son personnel et de ses bénévoles, ainsi que la façon dont l'hôpital est en contact avec la communauté et répond à ses besoins. Ces valeurs et ces traditions sont au coeur de la vie de l'hôpital.

Tout comme la communauté qui l'entoure, l'hôpital grandit et se transforme. Au fur et à mesure que l'hôpital révise et modifie ses programmes et ses services pour refléter ces changements, il redéfinit ses valeurs, ses traditions et sa relation avec la communauté. La Loi sur les hôpitaux publics doit reconnaître cette relation et donner un soutien à l'histoire, aux traditions et aux valeurs de chaque établissement, et souligner également son obligation de s'adapter aux nouvelles circonstances.

3.4 UNE NOUVELLE LOI SUR LES HÔPITAUX PUBLICS

La présente Loi sur les hôpitaux publics ne reflète pas l'ampleur et la vision des prémisses et des principes expliqués précédemment. Une nouvelle Loi sur les hôpitaux publics est nécessaire et ces prémisses et principes devraient en constituer les fondements. Une telle loi devrait soutenir et compléter les autres mesures législatives découlant de l'approche stratégique du ministère de la Santé à l'égard de la santé, des services de santé et des établissements.

3.4.1 Une déclaration de principes

Les principes énumérés dans le présent chapitre devraient guider l'interprétation de ce rapport, ainsi que l'élaboration et l'interprétation d'une nouvelle Loi sur les hôpitaux publics plus vigoureuse et plus efficace.

CHAPITRE 4 LE CONTRAT SOCIAL

4.1 INTRODUCTION

L'hôpital public existe au sein d'un système non officiel d'organismes et de particuliers qui offrent des services à la collectivité. Le fait que ce système ne soit pas officiel a plusieurs conséquences : certains services sont fragmentés, manquent de coordination ou n'existent tout simplement pas; d'autres services sont offerts inutilement en double ou sont soudainement modifiés en raison de circonstances imprévisibles et sans préavis aux autres fournisseurs de services ou à la population.

Du point de vue de la population et de la province, ce caractère non officiel du système nuit au partage des responsabilités en son sein et à sa propre responsabilité à l'égard de la société. La collectivité doit en effet savoir ce à quoi elle peut s'attendre de chacun et quelles sont les diverses fonctions et responsabilités des participants. La province doit veiller à la coordination du financement des hôpitaux et des autres organismes de santé de manière qu'ils desservent efficacement la collectivité.

Cette coordination exige que l'hôpital (et les autres organismes de santé) planifient leur action dans le contexte des besoins globaux de la collectivité en matière de santé. Une telle planification globale requiert que l'on cerne ces besoins et que l'on élabore un plan exhaustif susceptible de les combler. Une étape importante dans la voie de l'élaboration de tels plans est la création de conseils régionaux de santé. Ces derniers peuvent faciliter la planification en cernant les besoins de la collectivité en matière de santé et en coordonnant les plans et les services offerts par les divers organismes de santé, notamment l'hôpital.

Il faut donc que la collectivité et l'hôpital s'entendent sur le rôle que ce dernier jouera dans la satisfaction des besoins de la collectivité en matière de santé. Il incombe aux conseils régionaux de santé de faciliter de telles ententes afin que les besoins soient satisfaits de la manière la plus exhaustive et la plus efficace possible. Une telle entente peut porter plusieurs noms, par exemple une «entente de services

communautaires», une «entente de services hospitaliers», une «entente-cadre de services», un «contrat communautaire». Nous avons choisi de la nommer le «contrat social».

4.2 LA DÉFINITION DU CONTRAT SOCIAL

4.2.1 L'objet du contrat social

En raison de l'importance de l'hôpital, qui est le plus important fournisseur de services de santé dans la collectivité, le contrat social conclu entre cet établissement et la collectivité est destiné à être la pierre angulaire de la planification et de la prestation des services de santé dans la collectivité. Le contrat social expose clairement l'entente conclue entre l'hôpital et la collectivité sur le rôle et les fonctions de l'hôpital dans la collectivité, les services que ce dernier s'engage à fournir et la manière dont ces services s'articulent à ceux que les autres hôpitaux et organismes doivent fournir. Les objectifs et le plan à long terme de l'hôpital concordent logiquement avec cette entente négociée, à laquelle ils sont incorporés. Ainsi, la collectivité et le Ministère connaissent clairement les programmes et les services dont l'hôpital est responsable.

4.2.2 Les conditions du contrat social

Tous les hôpitaux de la province doivent être tenus d'élaborer un contrat social. Ce dernier sera négocié dans le contexte du cadre de planification défini par le conseil régional de santé et le ministère de la Santé. Le contrat se fonde sur une entente négociée entre l'hôpital et la population qu'il dessert en ce qui a trait aux besoins en matière de services de santé que l'hôpital doit combler en fonction du cadre de planification. L'engagement de l'hôpital est de fournir les services qu'il est le mieux en mesure de fournir, dans les limites raisonnables des ressources disponibles et en fonction des priorités fixées en collaboration avec la collectivité.

Le terme «contrat» ne veut pas dire que le contrat social est un document qui a force de loi et qui peut donner lieu à des poursuites judiciaires. Il est plutôt un engagement pris de bonne foi par l'hôpital et la collectivité, par lequel les deux

parties s'engagent à s'efforcer de remplir certaines obligations compte tenu d'un ensemble prévu de circonstances. Le contrat social suppose qu'il puisse être renégocié si ces circonstances changent. En prévision de cette évolution possible, le contrat social doit prévoir des moyens qui permettront à l'hôpital et à la communauté de le réviser au besoin.

La notion de contrat social découle de la généralisation et de l'officialisation des différents accommodements non officiels qui existent déjà dans plusieurs collectivités entre l'hôpital et d'autres hôpitaux et organismes de santé. À ce titre, le contrat ressemblerait à l'énoncé de leur rôle que la plupart des hôpitaux ontariens élaborent déjà. Il constituerait aussi un moyen d'assurer l'interaction et la négociation entre l'hôpital et la communauté qu'il dessert en élaborant les attentes de chaque partie à l'égard de l'autre, en attribuant les rôles et les fonctions, en coordonnant les ressources et en définissant les différentes responsabilités.

4.2.3 Les parties au contrat

Le contrat social doit au moins constituer une entente entre deux parties : l'hôpital public, d'une part, et, d'autre part, la population. Il est évident que c'est le conseil d'administration qui sera partie au contrat au nom de l'hôpital. Qui peut jouer ce rôle au nom de la collectivité?

La nature complexe de l'hôpital ontarien actuel découle de celle de la collectivité. De nombreux hôpitaux desservent différentes communautés. La caractéristique la plus fréquente de la communauté d'un hôpital est sa proximité par rapport à ce dernier. D'autres communautés de l'hôpital peuvent se définir par les fonctions, les programmes ou les services que l'hôpital leur offre. Ces «communautés fonctionnelles» peuvent donc se définir selon l'âge, le sexe, l'origine ethnique, la langue, la sorte de soins requis, la catégorie de maladie ou d'état chronique, la prédisposition à une maladie précise ou la participation à des programmes de formation et de recherche cliniques. En rédigeant son contrat social, l'hôpital doit s'entendre avec chacune de ces communautés fonctionnelles sur son rôle dans la

satisfaction de ses besoins. L'ensemble de ces communautés fonctionnelles constitue la communauté hétérogène de l'hôpital.

Outre ces communautés fonctionnelles, le contrat social de l'hôpital doit tenir compte des intérêts, des programmes et des services des autres organismes qui comblent les besoins de ces communautés. Il doit décrire les rapports entre l'hôpital, les autres organismes et la communauté fonctionnelle. Ces autres organismes doivent donc participer à l'élaboration du contrat social de l'hôpital et être considérés comme des tierces parties concernées par ce contrat. Entre autres tiers qui risquent d'être concernés par le contrat social qu'un hôpital conclut avec sa communauté hétérogène, mentionnons les organismes suivants :

- les autres hôpitaux de la collectivité,
- les centres de consultation qui offrent des services secondaires, tertiaires ou quaternaires,
- les établissements de soins à long terme,
- les organismes de soins à domicile,
- les hospices,
- les services d'ambulance,
- les organismes de services de santé et les centres de santé communautaires,
- les cliniques autonomes,
- les bureaux de santé publique,
- les organismes de services sociaux,
- les établissements d'enseignement.

4.2.4 La négociation du contrat social

Les hôpitaux et les autres parties qui veulent conclure un contrat social ont plusieurs moyens à leur disposition pour ce faire. Le même processus ne pourra servir à tous les hôpitaux ou à tous les districts de la province. Il y va de l'intérêt général, toutefois, d'assurer que le processus d'élaboration du contrat social respecte au moins des exigences minimales. Par exemple, ce processus doit :

- tenir compte des besoins des communautés fonctionnelles de l'hôpital en matière de santé;
- faire appel avant tout à la participation de la population;
- prévoir la consultation d'autres organismes de santé susceptibles d'être concernés par le contrat social;
- faire en sorte que le contrat social tienne compte de toutes les questions pertinentes et les résolve; et
- être en prise sur la situation locale tout en assurant une certaine uniformité à l'échelle de la province en ce qui a trait à la teneur du contrat social.

C'est probablement à l'hôpital qu'il incombera d'amorcer le travail d'élaboration du contrat social. Le conseil d'administration et la haute direction de l'hôpital collaboreront avec des conseils consultatifs et avec le personnel pour rédiger une ébauche des objectifs et des plans à long terme de l'hôpital. Ce travail préliminaire débouchera sur l'élaboration de la première ébauche du contrat social, qui servira de fondement aux discussions menées avec les autres parties au contrat.

Le conseil régional de santé (ou tout autre organisme désigné par la province) jouera, à titre de courtier, un rôle moteur dans l'élaboration du contrat social de l'hôpital. À ce titre, il a un rôle de facilitation, de conciliation et de médiation. Le conseil régional supervise aussi l'élaboration du contrat en veillant à faire participer aux discussions les communautés fonctionnelles appropriées, les groupements intéressés et les organismes concernés. Ce processus permet aussi une vaste consultation de la population et des organismes concernés par l'intermédiaire des conseils consultatifs communautaires, des conseils municipaux et de mécanismes tels que les forums communautaires, les groupes de discussion et les sondages.

Le conseil régional de santé s'assure que les discussions portant sur le contrat social conviennent aux besoins du district, de la localité ou de la région et qu'elles se fondent sur les données, les documents, les rapports et les autres renseignements pertinents. Le conseil doit donc s'efforcer de faire en sorte que le

contrat résolve de façon satisfaisante les questions pertinentes. En cas de différend, il s'efforcera de concilier les positions divergentes dans le contexte des besoins du district.

Ces discussions doivent se fonder sur l'évaluation que les parties font de la suffisance et de la pertinence de la manière dont l'hôpital et les autres fournisseurs de services comblent actuellement les besoins de la communauté hétérogène en matière de services de santé. Cette évaluation doit porter sur les aspects suivants :

- l'état de santé de la communauté;
- les besoins de la communauté en matière de prévention des maladies, de promotion de la santé, et de prestation des services;
- les ressources disponibles dans la communauté, notamment les ressources humaines sur le plan clinique, les techniques, les installations et les ressources financières;
- les services de santé actuels;
- le dédoublement des services et les ressources superflues; et
- les lacunes sur le plan des services et des ressources.

Les discussions doivent être axées sur le rôle de l'hôpital dans la satisfaction des besoins de la communauté en matière de santé en tenant compte des ressources mises à la disposition de la communauté et de l'hôpital, d'une part, et, d'autre part, des liens qu'il convient d'établir entre les services de l'hôpital et ceux des autres organismes de santé. Le rôle de l'hôpital est déterminé par l'efficacité relative des services qu'il peut fournir comparativement aux autres hôpitaux et organismes.

De par sa nature même, le contrat social doit s'intégrer dans un ensemble plus vaste. Il ne pourra être efficace que s'il s'intègre à un réseau d'autres contrats sociaux conclus entre d'autres hôpitaux, d'une part, et, d'autre part, leur communauté hétérogène et d'autres organismes de santé. Le conseil régional de santé est chargé de s'assurer que le processus de négociation de chaque contrat tient compte des besoins globaux de la communauté dans le contexte des autres

contrats sociaux et des services offerts par les autres organismes. Le but de l'exercice est de faire en sorte qu'un réseau coordonné de services de santé réussisse à combler efficacement les besoins du district ou de la région en matière de santé.

À la conclusion d'une entente convenable, l'hôpital et le Ministère, au nom de la communauté hétérogène de l'hôpital, signent le contrat social. La signature du Ministère s'appuie sur la confirmation du conseil régional de santé que le processus a tenu compte des questions pertinentes, que le contrat articule correctement les besoins et les ressources, que toutes les communautés fonctionnelles ont participé à une réelle négociation, que le processus a permis de consulter les organismes concernés et que toutes les parties ont atteint un compromis raisonnable. En revanche, le conseil régional de santé recommandera au ministre de soumettre le contrat social au processus de résolution des différends qu'il reste à établir s'il ne réussit pas à faciliter la conclusion d'une entente et si les différends entre les parties semblent impossibles à résoudre.

4.2.5 La portée et la teneur du contrat social

La portée et la complexité du contrat social de l'hôpital varieront selon les communautés fonctionnelles que ce dernier doit servir, les besoins en matière de santé qu'il cherche à combler, la complexité du rôle de l'hôpital, les rapports proposés avec les autres organismes de santé et la teneur des propositions relatives à la modification des fonctions et du rôle actuels de l'hôpital.

Quelle que soit la diversité des contrats sociaux qui pourront être conclus, il y va de l'intérêt public que tous les contrats contiennent les renseignements suivants :

- les parties à l'entente;
- la description des caractéristiques de l'hôpital au début des négociations menant à la version actuelle du contrat social, notamment :
  - la propriété de l'hôpital,

- les programmes destinés aux malades hospitalisés et l'importance de ces programmes,
- les programmes de soins en consultation externe et l'importance de ces programmes,
- les services diagnostiques et thérapeutiques,
- les ressources humaines hospitalières,
- les installations, et
- les ressources financières;

- la description des communautés fonctionnelles que l'hôpital doit desservir;
- l'identification et la description des tierces parties, notamment :
  - le nom de l'organisme;
  - la propriété de cet organisme,
  - son lien organisationnel avec l'hôpital,
  - la raison d'être du programme, et
  - les rapports entre l'organisme et l'hôpital sur le plan des programmes et des services;
- les objectifs de la collectivité en matière de santé;
- les besoins de chaque communauté fonctionnelle en matière de santé et le classement en ordre de priorité de ces besoins;
- les lacunes sur le plan des services qu'il faut combler pour satisfaire les besoins de ces communautés en matière de santé;
- le chevauchement des services offerts à ces communautés;
- les ressources que l'hôpital (et les tierces parties à l'entente) envisagent de mettre au service de ces besoins, notamment les programmes et les services, et les résultats prévus;
- les programmes et les services que l'hôpital (et les autres organismes) doivent rationaliser, notamment :
  - les nouveaux programmes et services,
  - les améliorations,
  - les élargissements,
  - les réductions,

- les transferts de services au profit de l'hôpital et au profit des autres organismes, et
- les éliminations;

- les mécanismes qui permettront d'intégrer et de coordonner sur le plan du fonctionnement les programmes et les services de l'hôpital avec ceux d'autres organismes dans le but d'atteindre des objectifs précis;
- un plan de mise en oeuvre;
- les mécanismes et les méthodes qui permettront de réviser le contrat social et de le modifier au besoin pour tenir compte de l'évolution des circonstances et des objectifs;
  le mécanisme et les méthodes de responsabilité qui permettront aux parties à l'entente d'évaluer leur rendement;
- les mécanismes permettant la résolution des différends.

Il est essentiel que le contrat social des hôpitaux dotés de programmes d'enseignement ou de recherche précise et confirme le rôle de ces hôpitaux et leur lien avec leur communauté fonctionnelle spécialisée. Ces contrats doivent faire l'objet du même processus de consultation publique, de négociation et d'examen que ceux des autres hôpitaux publics. Toutefois, il est probable que ce processus sera beaucoup plus complexe dans le cas de ces hôpitaux puisque leur contrat social doit tenir compte des contrats, des plans et des accords d'affiliation qu'ils ont conclus avec les autres hôpitaux, organismes de santé et établissements d'enseignement auxquels leurs programmes sont liés.

4.2.6 La durée

Le contrat social doit rester en vigueur assez longtemps pour assurer la continuité de la prestation des services. Toutefois, pour assurer sa pertinence, le contrat doit être révisé et renégocié au moins tous les cinq ans. Chaque contrat doit donc inclure une disposition qui prévoit l'amorce de discussions visant l'adoption d'un nouveau contrat social avant une date précise, antérieure à l'expiration du contrat en vigueur. De cette façon, le contrat social devient un document permanent,

étudié et modifié continuellement. Les négociations visant à modifier ou à remplacer le contrat en vigueur tiendront compte des éléments suivants :

- l'évolution démographique;
- l'évolution des besoins des communautés fonctionnelles;
- le classement par ordre de priorité des besoins non comblés;
- l'évolution des priorités et des stratégies en matière de soins de santé;
- l'évolution des rapports avec les autres fournisseurs, notamment les projets de modification des programmes et des services;
- l'évolution de la situation financière.

Le fait de donner une durée prolongée au contrat social sous-entend, entre autres conséquences, que l'hôpital et les autres organismes participants doivent jouir d'un financement assuré. On ne peut en effet espérer que l'hôpital prenne des engagements à long terme sur le plan des programmes et des services dans le cadre d'un contrat social si on ne peut lui donner un degré raisonnable de certitude à l'égard du financement qu'il reçoit de la province. Nous recommandons donc que le gouvernement envisage de conclure des ententes financières pluriannuelles avec les hôpitaux (voir le chapitre 10).

Recommandations :

Nous recommandons ce qui suit :

(4.01) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que chaque hôpital élabore un contrat social.**

(4.02) **Le ministère de la Santé devrait mettre au point des mécanismes et des méthodes pour l'élaboration et la mise en oeuvre de contrats sociaux dans chaque district ou région.**

(4.03) **Le ministère de la Santé devrait préciser, dans une loi ou un règlement, le rôle du conseil régional de santé, ou de tout autre**

organisme désigné, en tant que courtier dans le processus d''élaboration des contrats sociaux.

(4.04) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait stipuler que les contrats sociaux prévoient des activités en éducation et en recherche et des ententes d'affiliation pour les hôpitaux.

4.3 LA RÉSOLUTION DES DIFFÉRENDS

Il est inévitable que, de temps à autre, les questions soulevées par les discussions relatives au contrat social résistent à toute conciliation ou médiation. Ces questions devront donc éventuellement être résolues par une tierce partie impartiale. Nous recommandons donc que les négociations relatives au contrat social qu'un conseil régional de santé ne réussit pas à mener à bien soient, en dernière instance, renvoyées à un comité d'arbitrage des contrats sociaux constitué par le ministre de la Santé.

Ce comité sera composé de personnes impartiales, dont le nombre pourrait être de cinq (bien que ce nombre puisse être plus grand au début pour pouvoir intervenir dans le plus grand nombre de contrats sociaux qu'il faudra élaborer au début du programme). Les membres de ce comité ne comprendraient pas de représentants de la province, mais seraient choisis par des personnes expertes en planification des services de santé, en planification des services hospitaliers et en prestation des services de santé. Dans le meilleur des mondes, ces personnes mettront au service du processus d'arbitrage l'expérience qu'elles ont acquise tant à titre de bénéficiaire que de fournisseur de services, dans les établissements et dans la collectivité. Le comité d'arbitrage de contrats sociaux aura à son service un petit nombre d'employés compétents et expérimentés, qui veilleront à lui permettre de régler rapidement les différends dont il est saisi.

Le comité d'arbitrage des contrats sociaux sera saisi des différends que lui soumettra le ministre de la Santé sur l'avis d'un conseil régional de santé (ou de tout autre organisme équivalent de planification), qui n'a pas réussi à mener à bien l'élaboration d'un contrat social. Il se penchera sur les questions non résolues, soulevées par la prestation des programmes et des services, et tentera de rapprocher les parties qui ont des positions contradictoires. En cas d'échec de la conciliation, le comité recommandera des solutions au ministre de la Santé, qui pourra alors les mettre en oeuvre. Les recommandations du comité devront tenir compte des ressources disponibles et de la capacité de l'hôpital à offrir des services. Le comité ne pourrait être saisi des détails du fonctionnement ou du financement de l'hôpital, qui restent la responsabilité de l'hôpital et du Ministère, respectivement. Les recommandations du comité d'arbitrage des contrats sociaux existeraient à titre d'information et de conseil, mais n'engageraient pas le ministre de la Santé. Ultimement, c'est au ministre qu'incomberait de prendre une décision.

Recommandations

Nous recommandons ce qui suit :

(4.05) **Le ministère de la Santé devrait créer un comité d'arbitrage des contrats sociaux, chargé de résoudre les conflits relatifs aux contrats sociaux et de faire des recommandations au ministre de la Santé sur les questions non résolues.**

CHAPITRE 5 LA DIRECTION

5.1 INTRODUCTION

La direction est l'exercice de l'autorité, de l'administration et du contrôle. À l'heure actuelle, la plupart de conseils d'administration des hôpitaux fonctionnent correctement. Toutefois, la *Loi sur les hôpitaux publics* actuelle n'oriente pas suffisamment bien ces conseils en ce qui a trait à la direction des hôpitaux.

Par exemple, les conseils d'administration des hôpitaux ne semblent pas tous avoir la même compréhension des rapports entre la direction et la gestion. Certains d'entre eux interviennent lourdement dans la gestion quotidienne de leur hôpital. D'autres laissent aux dirigeants de l'hôpital des décisions qui relèvent véritablement des conseils d'administration parce qu'elles touchent à des questions fondamentales concernant la viabilité à long terme de l'hôpital. De même, les conseils d'administration des hôpitaux, le personnel de ces derniers et le ministère de la Santé ne semblent pas comprendre de la même façon les fonctions d'administration en ce qui a trait aux rapports entre l'hôpital et les autres intervenants. Il est essentiel que nous levions ces incertitudes qui entourent la question de l'administration des hôpitaux.

Compte tenu de la diversité des hôpitaux ontariens et des communautés qu'ils desservent, il serait irréaliste de penser qu'il est possible d'imposer une démarche stricte et détaillée en ce qui a trait à la question de l'administration. Par ailleurs, la population est en droit de s'attendre, avec un certain degré de certitude, à ce que la province fournisse des lignes directrices uniformes à tous les conseils d'administration des hôpitaux sur les normes minimales applicables à la direction des hôpitaux.

5.1.1 La direction bénévole

L'Ontario a adopté il y a longtemps une modalité de direction faisant appel à des conseils bénévoles, intéressés et informés, caractérisés par des rapports étroits avec la communauté qu'ils desservent, des rapports de travail avec les autres

fournisseurs, une dépendance à l'égard des fonds publics, mais des rapports distants avec le gouvernement. Cette tradition de direction bénévole des hôpitaux publics distingue l'Ontario de nombreux autres systèmes de santé étrangers.

En dépit de la grande diversité des hôpitaux publics ontariens, cette structure fondée sur une direction bénévole n'a guère évolué au cours des ans. À quelques exceptions près, les conseils d'administration de tous nos hôpitaux, qu'ils soient petits ou grands, sont formés de citoyens des communautés où ces hôpitaux sont établis, ainsi que d'un certain nombre de membres du conseil des médecins.

La *Loi sur les hôpitaux publics* n'est pas qu'une loi régissant les hôpitaux. Elle est aussi l'expression d'une valeur éminemment canadienne, à savoir la bonne volonté des citoyens intéressés à donner généreusement de leur temps au service de l'intérêt général. Ce sont à la fois ce sentiment intangible d'esprit civique et la volonté de jouer un rôle dans la direction de l'un des établissements les plus grands et les plus importants de leur communauté, ainsi que l'un de ses plus gros employeurs, qui poussent les administrateurs d'hôpitaux à viser l'excellence. La Loi doit tenir compte de la fierté que ressentent les administrateurs à l'égard de leur hôpital et de leur certitude que leur participation peut réellement contribuer au bien-être de la communauté; elle doit aussi leur offrir la souplesse dont ils ont besoin pour assurer la réussite de leur hôpital.

On peut poser comme grand principe que l'intérêt général, tant à l'échelon local qu'à l'échelle de toute la province, continuera d'être bien servi par des conseils bénévoles, sensibles aux besoins de leur communauté et indépendants du gouvernement.

5.2 LES RESPONSABILITÉS DE LA DIRECTION

5.2.1 Définition des critères de responsabilité

La responsabilité doit être au coeur du réseau ontarien d'hôpitaux publics. Il est donc important que la *Loi sur les hôpitaux publics* définisse à la fois les caractéristiques particulières de l'hôpital, c'est-à-dire celles qui le distinguent des

autres fournisseurs et établissements du secteur de la santé, et les principales responsabilités au sein du réseau hospitalier : la responsabilité du conseil d'administration de l'hôpital devant sa société, celle de l'hôpital devant le malade, la collectivité et la province, ainsi que celle du gouvernement de la province devant l'électorat.

La société. Les hôpitaux publics ontariens sont en majorité des sociétés indépendantes, constituées en vertu de la partie III de la *Loi sur les personnes morales*, qui vise les organismes sans but lucratif. Certains hôpitaux sont la propriété de municipalités et d'autres, d'organismes religieux. En principe, il serait bon que la *Loi sur les hôpitaux publics* oblige tous les conseils d'administration des hôpitaux à constituer leur hôpital en société parce que la constitution en société est le seul moyen de créer une entité juridique qui peut être tenue responsable de ses actes.

Nous avons déjà évoqué le principe de la responsabilité de l'hôpital devant le malade et la population. En premier lieu, toutefois, le conseil d'administration est responsable devant sa société. Lorsqu'un particulier devient administrateur d'un hôpital, il est tenu de représenter avant tout les intérêts de la société hospitalière. C'est la société qui est responsable des actes du conseil d'administration et de veiller à ce que ce dernier gère l'hôpital de façon à lui permettre de remplir ses multiples responsabilités, notamment celles qu'il a à l'égard des malades, de la collectivité et de la province. La constitution en personne morale de l'hôpital est donc le premier pas, et un pas essentiel, vers l'établissement de cette responsabilité.

Sans but lucratif. Il existe en Ontario des services de santé à but lucratif et d'autres sans but lucratif. Traditionnellement, la plupart des hôpitaux publics ontariens appartiennent au secteur sans but lucratif. Cette situation convient bien au programme public d'assurance-maladie qui prévaut en Ontario. En principe, il faudrait donc que tous les hôpitaux publics ontariens soient sans but lucratif.

Les objets. Un hôpital peut avoir plusieurs objets dans sa communuaté. Essentiellement, toutefois, l'objet de chaque hôpital, et c'est ce qui le distingue des autres fournisseurs de services de santé, est qu'il met avant tout l'accent sur le diagnostic, le traitement et le soin des maladies, des incapacités et des traumatismes pour les malades hospitalisés et externes.

Les liens avec le secteur de la santé. Tous les fournisseurs de services de santé fonctionnent au sein du secteur des soins de santé. Cela est d'autant plus vrai pour l'hôpital, parce qu'il englobe un grand éventail de services de santé et parce qu'il entretient des liens privilégiés avec les fournisseurs de services de la communauté. Il faudrait donc que la *Loi sur les hôpitaux publics* clarifie, soutienne et guide ces liens.

Recommandation

Nous recommandons ce qui suit :

(5.01) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que chaque hôpital public (1) soit constitué séparément, et que la constitution en société soit approuvée par le lieutenant-gouverneur en conseil; (2) soit un établissement défini de façon large qui met l'accent sur le diagnostic, le traitement et le soin des maladies, des incapacités et des traumatismes, pour les malades hospitalisés et externes; (3) soit un organisme de charité sans but lucratif; (4) fournisse des services de santé au public; et (5) fonctionne à l'intérieur d'un système intégré de soins de santé.**

5.2.2 Les objets et les principes de l'hôpital

Il y va indubitablement de l'intérêt général de faire en sorte que tous les hôpitaux, tous les professionnels de la santé, le gouvernement provincial et la population s'entendent sur la définition de la notion de direction et sur les responsabilités du conseil d'administration d'un hôpital en ce qui a trait à la direction. La direction est la responsabilité du conseil d'administration de l'hôpital. On peut définir cette notion comme le droit et la responsabilité du conseil d'administration de l'hôpital : a) de déterminer les objets et les principes de l'hôpital, notamment les objectifs, les buts,

les valeurs et les politiques qui permettront à l'hôpital de fonctionner à long terme comme un organisme autonome, et b) d'organiser sa gestion en conséquence. Les objets de l'hôpital sont sa mission, c'est-à-dire ce qu'il cherche à accomplir; les principes sont le contexte de cette mission. Les deux aspects sont extrêmement importants pour des établissements comme les hôpitaux publics qui ont le droit exclusif de fonctionner dans l'intérêt général, essentiellement à titre de participants d'un monopole réglementé et financé par l'État.

La population a aussi droit à l'assurance que l'administration des hôpitaux publics ontariens est assujettie aux grandes orientations de la province et que la *Loi sur les hôpitaux publics* impose aux hôpitaux un cadre dans lequel ils peuvent servir à titre de «bons citoyens» dans leur collectivité et dans le système de soins de santé de la province.

Les responsabilités de la direction comprennent, entre autres, les éléments suivants:

- la définition et le maintien des objets de l'hôpital, notamment de ses objectifs et buts en ce qui a trait à des questions telles que la mission de l'hôpital, la qualité des traitements et des soins qu'il offre aux malades, ses liens avec le personnel professionnel et autre, la collectivité et la province, ainsi que ses rapports hiérarchiques, l'accès de la population à ses services et sa responsabilité devant elle;

- la définition et le maintien des principes de l'hôpital, notamment de ses valeurs, de sa culture et de son milieu déontologique, ainsi que de ses rapports avec les malades, la collectivité ou les communautés qu'il dessert et les autres fournisseurs et intervenants du système de services de santé;

- la définition de la garantie de l'avenir à long terme de l'hôpital, notamment de son contrat social et de son intégrité financière;

- la garantie et la surveillance de la gestion efficace et de la santé financière de l'hôpital; et

- la garantie et la surveillance de la qualité des services et de l'amélioration permanente de cette qualité dans tous les aspects du fonctionnement de l'hôpital.

Il convient donc que la *Loi sur les hôpitaux publics* guide les conseils d'administration des hôpitaux en ce qui a trait à ces responsabilités et aux autres responsabilités connexes. Le but de l'exercice n'est pas d'imposer quoi que ce soit aux conseils d'administration des hôpitaux ou à leurs membres, mais bien de leur permettre de déterminer par eux-mêmes, compte tenu d'un cadre global et uniforme, la meilleure manière de remplir leurs responsabilités.

5.2.3 La direction et la gestion

Il faudrait que la *Loi sur les hôpitaux publics* précise d'une manière plus uniforme et plus exhaustive qu'elle ne le fait maintenant les distinctions qu'il convient de faire entre la direction et la gestion. En gros, la direction consiste à s'occuper de ce qu'un organisme doit faire, à savoir sa vision, sa mission, ses principes et ses objets, tandis que la gestion consiste à chercher les moyens de concrétiser ces notions.

Immanquablement, les notions de direction et de gestion se chevauchent parce qu'elles sont complémentaires. Il faut aussi compter sur les activités, telles que la planification stratégique, que le conseil d'administration et les dirigeants mènent de concert. Néanmoins, les différences entre la direction et la gestion sont claires, doivent le rester et doivent figurer dans la *Loi sur les hôpitaux publics*. L'autorité du conseil d'administration provient de ses liens avec les communautés fonctionnelles de l'hôpital et de sa responsabilité ultime à l'égard de la viabilité à long terme de cet établissement.

Il n'incombe pas au conseil d'administration d'intervenir dans la gestion quotidienne ou hebdomadaire de l'hôpital. Sa responsabilité est de s'assurer que l'hôpital dispose du personnel, des ressources et des méthodes nécessaires à sa gestion efficace et à la mise en oeuvre des politiques du conseil d'administration, de surveiller la façon dont les dirigeants réussissent à mettre en oeuvre ces politiques et à prendre les mesures nécessaires pour assurer le maintien du progrès. Le conseil d'administration a donc le droit et la responsabilité d'approuver le plan et le budget de fonctionnement annuels de l'hôpital, qui sont des instruments essentiels de gestion et de planification à long terme. Il a aussi la responsabilité d'engager, d'évaluer et, au besoin, de licencier le président-directeur général de l'hôpital.

L'autorité de la direction lui vient du conseil. La direction s'intéresse avant tout à l'élaboration et à la mise en oeuvre des stratégies et des moyens qui permettront d'atteindre les objectifs et les buts de l'hôpital, et, ainsi, d'accomplir la mission générale que lui a fixée le conseil d'administration. En un mot, la gestion relève hiérarchiquement de l'administration.

Recommandations

Nous recommandons ce qui suit :

(5.02) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait indiquer les responsabilités respectives du conseil d'administration et des dirigeants de l'hôpital.**

(5.03) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait indiquer que la direction relève du conseil d'administration de l'hôpital.**

(5.04) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait indiquer que le conseil d'administration a comme responsabilités de définir et d'assurer l'avenir à long terme de l'hôpital; de définir les principes, les objets, les objectifs, les buts et le contrat social de l'hôpital; d'organiser et de surveiller l'efficacité de la gestion de l'hôpital; et d'approuver les plans et les budgets de fonctionnement annuels de l'hôpital.**

5.2.4 La qualité des soins

L'objet fondamental de l'hôpital est de servir les malades; la responsabilité fondamentale de la direction est donc d'assurer la qualité des soins et des services offerts aux malades. Le conseil d'administration doit donc établir les grandes orientations qui permettront l'amélioration de la qualité dans l'hôpital et favoriser l'émergence d'une culture organisationnelle qui encourage et soutienne l'engagement à améliorer constamment tant la qualité des services cliniques que la gestion et le fonctionnement généraux de l'hôpital.

Le conseil d'administration doit s'assurer que l'amélioration continue de la qualité est enracinée dans la culture, les politiques et les méthodes de l'hôpital. Il doit faire la preuve de son engagement à cet égard en incorporant l'objectif de l'amélioration permanente de la qualité dans les objets et le règlement intérieur de l'hôpital. Ce règlement doit mettre sur pied une structure efficace de comités, tant à l'échelon du conseil d'administration qu'à celui des dirigeants, pour que tout le personnel et les employés de l'hôpital participent à l'amélioration de la qualité. Un des comités du conseil d'administration sera donc responsable de la qualité des soins et des services offerts aux malades et de l'amélioration de la qualité.

Le comité sur la qualité des soins a, entre autres, les responsabilités suivantes :

- faire en sorte que les structures et les procédés convenables soient en place pour maintenir et améliorer la qualité, et pour surveiller l'efficacité de ces structures et procédés;
- examiner les plans d'amélioration de la qualité soumis par les dirigeants de l'hôpital et soumettre leurs recommandations à ce propos au conseil d'administration;
- examiner les rapports sur la qualité soumis par les dirigeants de l'hôpital et donner son avis au conseil d'administration sur la qualité des services de l'hôpital et sur l'efficacité des mesures d'amélioration de la qualité.

Sans toutefois intervenir directement dans les services offerts aux malades, le comité du conseil d'administration responsable de l'amélioration de la qualité doit inclure des représentants de la fonction des services aux malades (voir chapitre 9) de façon à souligner l'importance du service à la clientèle et de la satisfaction de cette dernière.

Recommandations

Nous recommandons ce qui suit :

(5.05) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait indiquer que les conseils d'administration des hôpitaux sont responsables de la qualité des services et des soins de l'hôpital.

(5.06) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que l'énoncé de mission des conseils d'administration des hôpitaux contienne un engagement à améliorer constamment la qualité.

(5.07) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que les conseils d'administration des hôpitaux adoptent des règlements qui encouragent la participation du personnel et des employés au maintien et à l'amélioration continuelle de la qualité des soins et des services offerts aux malades.

(5.08) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que le conseil d'administration de chaque hôpital établisse un sous-comité du conseil sur la qualité des soins, afin de présenter des recommandations au conseil d'administration sur les programmes d'amélioration de la qualité et la qualité des soins et des services offerts aux malades.

5.2.5 La déontologie

L'amélioration de la qualité s'intéresse de plus en plus au comportement déontologique des hôpitaux. Il importe que ces derniers respectent la déontologie dans leurs rapports commerciaux, dans leurs rapports avec leur personnel et dans la

prestation des soins aux malades. En raison de la confiance que la population leur porte, les hôpitaux doivent respecter la déontologie dans toutes leurs activités et dans tous leurs actes. Il incombe au conseil d'administration de définir les principes et les valeurs de l'organisme et de s'assurer que les processus de gestion et cliniques s'inspirent de ces principes et de ces valeurs. Plus particulièrement, les dirigeants de l'hôpital doivent mettre sur pied un programme de déontologie pour assurer le caractère déontologique du processus décisionnel et comme moyen de comprendre les répercussions, sur le plan déontologique, des décisions prises en matière de gestion ou dans le domaine clinique.

Les hôpitaux sont responsables du bien-être de leurs malades. Les décisions auxquelles aboutissent les procédés cliniques de l'hôpital ont un effet sur la qualité de la vie du malade. Le choix d'une démarche déontologique dans la prise de décisions cliniques met souvent en jeu de nombreuses questions déontologiques diverses et souvent compliquées. Par exemple, le dilemme entre la qualité de la vie et la réanimation pose des questions déontologiques qui étaient moins compliquées et moins difficiles lorsque les techniques permettant de prolonger la vie étaient moins efficaces. De telles questions posent des défis, sur le plan déontologique, aux processus cliniques, aux cliniciens et aux organismes de santé. Cette complexité est aggravée par les divers codes de déontologie professionnelle que les différentes disciplines cliniques qui participent aux soins des malades font intervenir dans les soins dispensés par l'hôpital.

Il n'est jamais facile d'établir le cadre déontologique dans lequel doit fonctionner un organisme. Dans le cas des hôpitaux, le principal critère d'un tel cadre est la mesure dans laquelle il est directement ou indirectement à l'avantage des malades. Il ne faut pas en arriver à créer une structure ou un processus pesant qui force les professionnels, les dirigeants ou les autres employés à consacrer tout le temps aux questions déontologiques. Le meilleur moyen de cerner et de résoudre les questions déontologiques est plutôt de les incorporer à tous les aspects du fonctionnement et de la gestion de l'hôpital.

Il est donc plus utile d'élaborer d'abord, dans tout l'hôpital, une orientation générale à l'égard des questions déontologiques, et de développer ensuite cette assise. Cette orientation générale consisterait à encourager les comportements plutôt que l'adhésion obligatoire à des règles. Elle tenterait de créer un milieu qui accorde toute leur importance à des valeurs différentes en ce qui a trait aux décisions prises à propos des soins de santé. Elle tenterait de concilier les préférences et les exigences des malades, d'une part, et d'autre part, les recommandations des professionnels. Par-dessus tout, cette orientation favoriserait l'émergence d'une attitude ouverte à la collaboration et à la participation des malades. Une telle orientation exige plusieurs démarches complémentaires.

La gestion multipartite. On désigne ainsi le mécanisme qui facilite la communication, la consultation et la collaboration entre les différents fournisseurs de soins de santé en ce qui a trait aux malades dont le bien-être est le principal souci de tous les intervenants.

La défense des droits des malades. On désigne ainsi le moyen qui permet d'assurer la participation, la représentation et la défense des droits des malades en ce qui a trait aux questions qui les touchent, et de résoudre ou de réduire les différends mettant en jeu les malades, les fournisseurs et l'hôpital.

La formation déontologique. Les fournisseurs de soins de santé, le personnel et les dirigeants doivent en arriver à une compréhension commune des questions déontologiques et s'entendre sur les moyens de résoudre ces questions.

Certaines questions déontologiques sont plus urgentes que d'autres eu égard à leur gravité pour le bien-être du malade, aux conséquences de la décision pour ce dernier et au temps disponible pour prendre cette décision. Les hôpitaux doivent élaborer un programme de déontologie et en faire l'un des fondements de leurs processus de gestion et cliniques. Un programme de déontologie efficace doit posséder les caractéristiques suivantes :

- un énoncé de déontologie qui servira d'étalon aux méthodes de l'hôpital;
- l'expression des besoins interdisciplinaires et des besoins de la collectivité;
- la disponibilité des moyens d'assurer la formation en déontologie des fournisseurs de l'hôpital, des malades et de leur famille;
- la mise à la disposition des fournisseurs, des malades et de leur famille de moyens de discuter des questions déontologiques;
- un processus permanent d'examen du programme de déontologie;
- la responsabilité devant le conseil par le biais du président-directeur général, qui est chargé de la gestion de l'organisme.

Le programme de déontologie doit avoir pour objectif de créer un milieu social, de travail et clinique dans lequel il est possible d'aborder et de résoudre des questions difficiles. L'adoption par tout l'hôpital d'une orientation générale en matière de déontologie permettra de mieux respecter les droits des malades et des fournisseurs de soins.

Recommandations

Nous recommandons ce qui suit :

(5.09) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait obliger les hôpitaux à rédiger un énoncé de déontologie.

(5.10) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait obliger les hôpitaux à se doter d'un programme de déontologie et à le maintenir.

5.2.6 La planification

La planification est essentielle à la direction. Les plans concrétisent les décisions du conseil en ce qui a trait à l'avenir de l'hôpital, à ses objets, à ses objectifs et à ses buts, tout en guidant les dirigeants. Jusqu'à tout récemment, de nombreux conseils d'administration ramenaient la question de la planification à la seule planification des installations. Ces conseils ne participaient pas à la planification stratégique ou à long

terme ni à la coordination de cette planification avec celle des autres hôpitaux ou fournisseurs de soins de la collectivité. Résultat, un certain nombre d'hôpitaux se sont vus obligés de prendre des décisions fondamentales à l'égard de certains programmes et services à brûle-pourpoint parce qu'ils ne s'étaient pas dotés d'un cadre de planification.

Le conseil d'administration doit se préoccuper de plusieurs niveaux de planification dans le cadre de ses obligations en matière de direction:

- le «contrat social» avec la communauté, dans lequel l'hôpital s'engage à offrir certains services et à collaborer avec d'autres hôpitaux et fournisseurs de soins;
- les activités de planification stratégique ou autre liées à l'élaboration et à la mise en oeuvre du contrat social de l'hôpital, de ses mandats, de ses rôles et de sa gestion financière à long terme;
- le plan et le budget de fonctionnement à court terme, qui englobent les programmes, les services et les activités proposés par les dirigeants pour l'exercice en vertu des plans stratégiques et à long terme et du contrat social.

L'amorce du contrat social est la planification. Pour être efficace, la planification de l'hôpital doit être un processus continuel et cyclique, qui fait appel aux autres intervenants, notamment la communauté, le conseil régional de santé, les autres fournisseurs et le ministère de la Santé. La planification doit être coordonnée avec celle des autres fournisseurs et du conseil régional de santé.

Les plans de chaque hôpital doivent être élaborés dans le contexte des objectifs et des stratégies en matière de santé de la région, du district ou de la province. Le ministère de la Santé doit préciser les méthodes d'examen et d'approbation des plans des hôpitaux. Ces processus d'examen et d'approbation devront faire partie des méthodes d'examen des conseils régionaux de santé et du contrat social. Outre la *Loi sur les hôpitaux publics*, il faudra adopter de nouvelles lois pour officialiser à

l'échelle du système cette démarche en matière d'examen et d'approbation des plans et de la planification.

Le processus d'approbation des plans entre en jeu dès que l'hôpital a soumis ses plans. Le Ministère devra publier des lignes directrices définissant l'éventail des fournisseurs dont l'hôpital doit tenir compte dans sa planification et précisant le sens de la planification fondée sur la collaboration et la consultation. Le Ministère devra, dans certains cas, examiner et approuver de façon distincte les aspects de la planification à long terme d'un hôpital, qui, le cas échéant, seraient particuliers à ce dernier.

Recommandation

Nous recommandons ce qui suit :

(5.11) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait indiquer que les conseils d'administration des hôpitaux publics sont responsables de la planification et de l'élaboration de programmes et de services, qui sont coordonnés et intégrés aux activités et aux projets d'autres fournisseurs par l'entremise du processus de planification provinciale.

5.2.7 Le personnel hospitalier

Le conseil d'administration a d'importantes obligations à l'égard de son personnel. Il doit établir les principes, les objets et les politiques de l'hôpital, qui unissent les professions, les disciplines et les métiers représentés dans l'hôpital en leur fixant une vision et un but communs. Il doit aussi établir les politiques propres à assurer que l'hôpital soit géré et fonctionne de manière que les divers professionnels qui y sont représentés puissent agir conformément aux normes et aux exigences de leur profession et que le reste du personnel puisse s'acquitter de ses responsabilités efficacement. Le conseil d'administration doit enfin établir les politiques propres à assurer que l'hôpital soit un lieu de travail sécuritaire et qu'il soit géré convenablement sur le plan des relations de travail. Le conseil a d'autres obligations qu'il est difficile d'enchâsser dans une loi, notamment celle de traiter les professionnels de la santé réglementés et les autres membres du personnel avec

respect et de favoriser l'émergence d'un milieu de travail dynamique et marqué au sceau de la collaboration, qui passe outre aux démarcations traditionnelles entre les catégories de membres du personnel et qui soit l'assise d'un organisme sain.

Le conseil a aussi la responsabilité d'établir des politiques qui permettent au personnel de participer au processus décisionnel en fonction du caractère multidisciplinaire des soins et des services offerts aux malades. Jusqu'à présent, seuls les médecins ont, de par la loi, accès au conseil d'administration de l'hôpital, tant à titre de membre ayant droit de vote qu'à titre consultatif. Pour réussir, le conseil d'administration de l'hôpital d'aujourd'hui doit trouver et offrir les moyens d'assurer à l'ensemble de son personnel, qu'il s'agisse de professionnels réglementés ou d'autres membres du personnel, une participation convenable aux fonctions distinctes de direction et de gestion de l'hôpital.

5.2.8 L'intégrité financière

Le conseil d'administration est responsable de l'intégrité financière de l'hôpital et de sa solvabilité à long terme, notamment de se procurer l'argent nécessaire pour financer les activités de l'hôpital que ne subventionne pas la province. L'intégrité financière à long terme des hôpitaux est une question qui soulève de plus en plus d'inquiétude. Chaque année, un certain nombre de conseils d'administration d'hôpitaux révèle que leur dette cumulée, résultat de déficits annuels répétés, excède leur capacité de remboursement et que le coût du service de cette dette nuit à leur capacité d'offrir des services. Une telle situation est contraire à une utilisation bien comprise des fonds publics et philanthropiques, d'une part, et, d'autre part, au respect des obligations à long terme du conseil d'administration à l'égard de la communauté.

Il est peu réaliste de penser à obliger, par voie législative, les hôpitaux à équilibrer leur budget. Les conseils d'administration des hôpitaux ne peuvent garantir que leur budget annuel leur suffira pour réagir à toutes les circonstances imprévisibles qui peuvent se produire dans l'exercice. Un déficit est parfois nécessaire et utile dans le

cadre du programme de croissance de l'hôpital. Lorsqu'un conseil consent à déclarer un déficit, il doit aussi, à titre de fiduciaire prudent d'un établissement public, se doter d'un plan d'entreprise prévoyant la résorption de ce déficit dans un délai précisé.

Toutefois, la loi peut jouer un rôle important en ce qui a trait à la clarification et à l'augmentation de la responsabilité du conseil d'administration à l'égard de la surveillance et de la garantie d'une gestion financière efficace; elle peut aussi décourager les conseils d'administration de ne pas s'acquitter de leurs responsabilités financières. La nouvelle loi doit donc exiger que les hôpitaux tiennent compte de considérations financières dans leur planification à long terme et stratégique, comme de nombreux hôpitaux le font déjà, et qu'ils produisent un plan de fonctionnement annuel, dont s'inspirera leur budget annuel de fonctionnement. Le conseil d'administration doit aussi exiger que les dirigeants lui soumettent, à intervalles réguliers au cours de l'année, des rapports sur la gestion et l'intégrité financière de l'hôpital et de son fonctionnement.

5.3 LES PRINCIPES DE LA COMPOSITION DU CONSEIL

Un règlement (518/88) pris en application de la *Loi sur les hôpitaux publics* actuelle précise le rôle des médecins au sein du conseil d'administration. Ce règlement ne fait pas état de la représentation au sein du conseil des autres professions ni du personnel de l'hôpital, et, encore moins, de la communauté que sert l'hôpital.

Les temps ont changé. L'hôpital est plus que jamais un établissement public et une ressource de la communauté. Il convient donc de revoir les principes régissant la composition du conseil du point de vue de la communauté, des professionnels de la santé réglementés et des autres membres du personnel hospitalier. Il faut renforcer le modèle de la direction bénévole. De nombreux hôpitaux sont beaucoup plus que des ressources locales. Certains, particulièrement ceux qui s'occupent de maladies à long terme et les hôpitaux d'enseignement, doivent entretenir des liens avec une

grande diversité de communautés fonctionnelles. La direction de ces hôpitaux doit tenir compte de leur envergure plus grande.

5.3.1 La collectivité

En principe, le conseil d'administration doit recruter ses membres le plus largement possible pour tenir compte de la composition des diverses communautés fonctionnelles et des intérêts que l'hôpital sert, mais aussi pour pouvoir tirer parti des compétences dont il a besoin pour s'acquitter de ses fonctions. Ce principe illustre la nécessité d'une démarche, la plus vaste possible, en ce qui a trait à l'élection ou à la nomination des membres du conseil d'administration. Après leur entrée en fonction, les administrateurs doivent agir dans l'intérêt de l'hôpital plutôt que du groupe auquel ils appartiennent et qui a justifié leur élection ou leur nomination.

Il ne semble pas utile de préciser dans la loi ou dans un règlement si les administrateurs doivent être nommés ou élus, ni la procédure que doit suivre cette élection ou cette nomination. Les hôpitaux règleront cette question de la représentativité de manières différentes parce qu'ils servent des communautés différentes et qu'ils ont des traditions, une culture et des valeurs tout aussi différentes. Le conseil d'administration doit se soucier d'examiner la manière dont il peut utiliser les membres de la société de l'hôpital ou de son conseil d'administration pour atteindre une combinaison convenable de compétence et de représentativité, la manière d'assurer la représentativité si la société a un nombre de membres limité, la manière de combiner la procédure d'élection et celle de nomination, la durée des mandats et la facilité de modifier la composition du conseil d'administration.

N'importe quel groupe de personnes trouvera difficile, quelle que soit la manière dont il a été choisi ou élu, de représenter et de refléter l'éventail complet des personnes, groupements et intérêts qui constituent une collectivité. C'est là l'un des défis les plus fondamentaux de la démocratie et les hôpitaux doivent eux aussi se pencher sérieusement sur cette question.

Le conseil d'administration doit être tenu de préciser dans un règlement la procédure d'élection ou de nomination de ses membres. Voici quelques exemples des critères des attributs des membres, dont les conseils d'administration doivent tenir compte lors de la rédaction de ce règlement :

- le fait d'être le porte-parole de l'histoire, de la tradition, des valeurs et de la mission de l'établissement et de continuer à respecter ces éléments au fur et à mesure de l'évolution des plans et du fonctionnement de l'hôpital en fonction de l'évolution même de sa situation;
- le fait de provenir de la communauté ou du district servi par l'hôpital et d'en refléter toute la complexité;
- le fait d'avoir de l'expérience sur la plan de la direction ou de la gestion et de pouvoir ainsi se faire une idée informée sur l'efficacité du fonctionnement et de la gestion de l'hôpital; et
- le fait de représenter la propriété (lorsqu'elle est distincte de la société hospitalière, représentée par le conseil d'administration), l'affiliation à des universités (dans le cas des hôpitaux dotés de programmes de recherche ou d'enseignement) et les liens avec d'autres institutions connexes.

Les tentatives visant à définir la qualité d'administrateur ne sont que l'un des moyens par lesquels le conseil d'administration tente d'assurer la représentation de la collectivité dans ses travaux. Il peut aussi avoir recours, à cette fin, à des comités consultatifs spéciaux, à des comités composés d'autres fournisseurs et organismes de services de la collectivité et à la coordination avec le conseil régional de santé et d'autres organismes de planification. Le conseil d'administration doit s'assurer de tenir compte de ces moyens, et de tout autre qui serait convenable, dans l'élaboration d'un processus qui reflète bien les caractéristiques de ses communautés fonctionnelles.

5.3.2 Les professions et le personnel

Le Comité de direction a examiné les possibilités offertes aux médecins de faire partie du conseil d'administration en vertu des règlements pris en application de la *Loi sur les hôpitaux publics* actuelle et de la pénurie de possibilités comparables offertes aux autres professions de la santé réglementées et au reste du personnel hospitalier. Certaines professions souhaitent se faire représenter au conseil d'administration. D'autres préfèrent que le personnel hospitalier, qu'il soit professionnel ou non, ne soit pas représenté au conseil d'administration. Le Comité de direction estime qu'il est nécessaire de définir les principes qui doivent régir les rapports entre le conseil d'administration et l'ensemble du personnel hospitalier, d'une part, et, d'autre part, de donner à tout le personnel un accès équitable au conseil d'administration.

Le principe de base est que l'hôpital est un établissement public dont l'objet général est de servir les intérêts des malades et de la collectivité. Les intérêts divers des professionnels, des dirigeants et du personnel ne sont que quelques-uns des intérêts que le conseil d'administration de l'hôpital doit tenter de concilier pour atteindre son objet général primordial.

Il est essentiel d'assurer la primauté des intérêts généraux de l'hôpital dans l'esprit de tous les membres du conseil. Ces derniers ne doivent donc avoir aucun intérêt ni aucun engagement réel ou perçu, susceptible d'entrer en conflit ou de donner l'impression qu'il entre en conflit avec les intérêts généraux de l'hôpital. Les membres du conseil ayant droit de vote doivent prendre leurs distances à l'égard des intérêts présents dans l'hôpital lui-même. Le respect de ce principe coupe court à toute possibilité de conflit d'intérêts ou d'engagements et garantit la primauté des intérêts généraux de l'hôpital dans l'esprit de tous membres du conseil. Les conseils constitués en vertu de ce principe ne comprendraient donc aucun médecin ayant des privilèges au sein de l'hôpital, aucun autre professionnel de la santé réglementé, aucun membre de la direction ni aucun dirigeant du reste du personnel hospitalier.

L'application de ces principes ne veut pas dire que le personnel hospitalier doit se voir refuser tout accès au conseil d'administration, ni que ce dernier doit s'acquitter de ses responsabilités sans les conseils, l'expérience et l'orientation dont peuvent le faire profiter les professionnels de la santé réglementés, les dirigeants et les membres du reste du personnel hospitalier. La *Loi sur les hôpitaux publics* doit plutôt reconnaître les conseils vitaux que le personnel peut donner aux personnes chargées de l'administration de l'hôpital et exiger que le personnel ait accès au conseil d'administration. La structure des comités consultatifs, dont l'existence serait prescrite par la loi, est le meilleur moyen de garantir à tout le personnel un accès général et équitable au conseil d'administration. Il n'est pas nécessaire d'être un administrateur pour participer efficacement au processus d'administration.

5.3.3 La gestion

Dans certains hôpitaux publics de l'Ontario, le président-directeur général est membre du conseil d'administration de l'hôpital. À notre avis, ce dirigeant ne doit pas faire partie du conseil d'administration. Il ne convient pas qu'un dirigeant fasse partie du conseil d'administration pour la même raison que les médecins, les autres professionnels de la santé et les autres membres du personnel doivent aussi en être exclus. Cette raison est la nécessité d'éviter tout conflit d'intérêts réel ou perçu au sein du conseil d'administration.

Toutefois, le président-directeur général doit rester à la disposition du conseil d'administration et avoir un accès permanent à ce dernier. Il est investi de l'autorité du conseil d'administration afin de pouvoir mettre en oeuvre les politiques de ce dernier; il joue un rôle important d'orientation, de conseil et de direction dans la planification, la prestation des services et l'élaboration des politiques tant à l'échelon du personnel que du conseil lui-même; il est un important vecteur de l'information entre le conseil d'administration et le personnel; il est souvent obligé de parler au nom du conseil d'administration tout en continuant à relever de lui. Enfin, le président-directeur général est le principal mandataire, et le plus responsable, du conseil d'administration en ce qui a trait à l'interprétation des politiques, des plans et

des valeurs du conseil d'administration, à leur mise en oeuvre, ainsi qu'à la surveillance et à l'information relatives à cette mise en oeuvre.

Le président-directeur général ne peut s'acquitter de ses responsabilités nombreuses et diverses sans entretenir des rapports privilégiés avec le conseil d'administration. Par ailleurs, le conseil ne pourra s'acquitter de ses responsabilités sur le plan de la direction sans des consultations et des communications ouvertes et sans obstacle entre le conseil d'administration et le président-directeur général. Ce dernier doit donc avoir le droit d'assister et de participer à toutes les réunions du conseil d'administration (sauf en de rares occasions) soit personnellement, soit par l'intermédiaire d'un représentant; en fait, il ne doit pas seulement en avoir le droit, cela doit aussi être pour lui une obligation. Ainsi, le président-directeur général est à l'abri de tout conflit d'intérêts réel, éventuel ou perçu.

À titre de loi régissant particulièrement les hôpitaux, la *Loi sur les hôpitaux publics* l'emporterait sur la *Loi sur les personnes morales* si elle imposait cette restriction aux présidents-directeurs généraux des hôpitaux. En effet, le paragraphe 289 (1) de la *Loi sur les personnes morales* prescrit que les administrateurs d'une personne morale élisent un président en leur sein. Pour passer outre à cette exigence, il suffit que la *Loi sur les hôpitaux publics* stipule que «nonobstant la *Loi sur les personnes morales*, le président de la société d'un hôpital public n'est pas obligatoirement un administrateur de cette société.

Recommandations

Nous recommandons ce qui suit :

(5.12) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait indiquer que les membres du conseil d'administration devraient provenir des collectivités servies par l'hôpital.**

(5.13) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait préciser que le conseil d'administration d'un hôpital doit indiquer dans ses règlements les critères et les procédures d'élection ou de nomination des membres du conseil; que**

ces critères et procédures facilitent la nomination de membres qui représentent les collectivités servies par l'hôpital et qui ont la compétence dont il a besoin; et que les règlements doivent être approuvés par le ministère de la Santé.

(5.14) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait indiquer qu'aucune personne nommée ou employée par un hôpital ne peut faire partie du conseil d'administration de l'hôpital.

5.4 LES CONSEILS CONSULTATIFS

5.4.1 La raison d'être du changement

L'intérêt général exige que l'on mette sur pied une structure consultative globale au service du conseil d'administration. Cette structure doit faire en sorte que le conseil d'administration puisse recevoir les conseils de l'ensemble du personnel, qu'il soit nommé ou employé par l'hôpital, et de la ou des communautés fonctionnelles de l'hôpital. La *Loi sur les hôpitaux publics* doit donc exiger que tous les conseils d'administration des hôpitaux publics créent au moins les trois conseils consultatifs suivants :

- le conseil consultatif communautaire;
- le conseil consultatif professionnel;
- le conseil consultatif des employés.

La mise sur pied d'une telle structure de conseils consultatifs permettrait d'élargir de façon marquée l'accès du conseil d'administration aux avis et aux conseils dont il a besoin, tout en garantissant l'accès des groupes intéressés de l'hôpital au conseil d'administration en ce qui a trait aux responsabilités de ce dernier sur le plan de l'administration. Cette structure consultative constitue l'application de principes essentiels au fonctionnement de l'hôpital, à savoir celui de l'accès général et égal

des principaux intervenants au conseil d'administration et celui du partenariat et de la collaboration au sein de l'hôpital et entre l'hôpital et la communauté.

Certains petits hôpitaux trouveront malcommode de constituer trois conseils consultatifs distincts; d'autres souhaiteront en créer plus de trois. Quelles que soient les dispositions prises, il faut respecter le principe que le conseil d'administration doit consulter au moins trois groupes principaux. Les conseils d'administration qui envisagent de limiter cette structure consultative tripartite doivent justifier leurs intentions et obtenir l'approbation du ministre de la Santé.

5.4.2 Les fonctions de conseils consultatifs

Les conseils consultatifs auraient comme fonction principale de fournir des conseils et des renseignements au conseil d'administration de l'hôpital sur toutes les questions relatives à l'administration, notamment :

- le contrat social, la mission, les objectifs, les buts et les plans de l'hôpital;
- les programmes et les services actuels et proposés, ainsi que les projets de création de nouveaux programmes et services et d'élargissement des programmes et services existants;
- la qualité des soins et l'amélioration de la qualité dans tous les aspects du fonctionnement de l'hôpital;
- les questions sociales, politiques et relatives au milieu à propos desquelles le conseil a besoin de renseignements pour s'acquitter de son rôle, notamment les politiques de la province, les lois, les facteurs économiques, les progrès techniques, les questions professionnelles et l'évolution des besoins de la collectivité;

- l'efficacité de la direction dans l'atteinte des objectifs de l'hôpital dans la mesure où ces questions relèvent du domaine de la direction.

Les conseils consultatifs doivent avoir un accès direct au conseil d'administration de l'hôpital par l'intermédiaire de leur président ou de tout autre représentant délégué, qui participerait à toutes les réunions du conseil d'administration, sauf celles qui portent sur les négociations avec le personnel. Ces représentants auraient le droit de se prononcer librement sur toutes les questions relevant du domaine de la direction.

Les conseils consultatifs ne sont pas destinés à être un moyen de remettre en question ou en doute les décisions des dirigeants. Leur raison d'être est de se pencher sur les questions plus vastes relatives à la direction, qui sont la responsabilité du conseil d'administration, et d'étudier les questions de gestion seulement dans la mesure où les politiques concernées relèvent du domaine de la direction. Par ailleurs, les conseils consultatifs peuvent être une ressource précieuse pour le président-directeur général et la direction, par exemple dans des domaines tels que l'élaboration des politiques, la planification, l'amélioration de la qualité et l'évaluation de cette dernière. Les rapports entre le président-directeur général et la direction, d'une part, et, d'autre part, les conseils consultatifs ne doivent pas être conflictuels. Le conseil d'administration doit encourager ses conseiis consultatifs à jouer, au besoin, un rôle consultatif auprès du président-directeur général et de la direction.

Les méthodes d'administration bien comprises exigent que les dirigeants soient informés d'avance des rapports, des observations et des recommandations que les conseils consultatifs soumettent au conseil d'administration. Ce dernier a en effet intérêt à pouvoir disposer de l'avis des dirigeants lorsqu'il est saisi de ces questions. Le conseil d'administration doit donc exiger que ses conseils consultatifs informent les dirigeants des questions dont ils ont l'intention de le saisir. Cette précaution vise seulement à informer les dirigeants et non à obtenir leur approbation.

5.4.3 Le conseil consultatif communautaire

Il est important que le conseil d'administration de l'hôpital cherche à se renseigner directement auprès du plus grand nombre de secteurs possibles de la collectivité. Le conseil consultatif communautaire (CCC) est l'un des moyens par lequel le conseil d'administration reflète l'ensemble de la collectivité. Par l'intermédiaire du CCC, le conseil d'administration prouve aux communautés fonctionnelles de l'hôpital son engagement à s'efforcer d'obtenir la participation de la collectivité à l'administration de l'hôpital.

Le mandat du CCC s'intéresse avant tout aux questions communautaires et au contrat social. Il comprend, à ce titre, les éléments suivants :

- conseiller le conseil d'administration en ce qui a trait à l'évaluation permanente des besoins de la collectivité en matière de santé dans le cadre du contrat social;

- conseiller le conseil d'administration quant à l'élaboration des stratégies susceptibles de combler les besoins de la collectivité en matière de santé dans le cadre du contrat social;

- surveiller, évaluer la manière dont l'hôpital respecte son contrat social et conseiller le conseil d'administration à ce propos;

- favoriser la participation de la collectivité au processus décisionnel touchant la planification et l'évaluation.

Les membres du CCC proviennent des organismes, des associations et des quartiers, qui sont eux-mêmes représentatifs des caractéristiques ethniques, culturelles, démographiques et relatives à la santé de la collectivité et de ses besoins en matière de services. Ni les administrateurs de l'hôpital, ni ses employés, ni les professionnels

qui lui sont affiliés, à l'exception d'un représentant de la fonction de services aux malades de l'hôpital, ne peuvent être membres du CCC.

Le CCC ne pourra être efficace que si l'hôpital aide les personnes qui pourraient trouver difficile de participer à ces travaux. Cela peut, par exemple, prendre la forme du remboursement des frais de déplacement, du choix judicieux du calendrier des réunions et de l'offre de service de garderie.

5.4.4 Le conseil consultatif professionnel

Toutes les professions de la santé réglementées doivent avoir un droit égal de conseiller le conseil d'administration sur les questions touchant à la direction. La première responsabilité du conseil consultatif professionnel (CCP) est de conseiller le conseil d'administration en ce qui a trait aux services offerts aux malades et à la qualité, dans la mesure où ces questions touchent à la direction.

Le CCP est un organe consultatif multiprofessionnel, qui incarne le principe de la démarche multidisciplinaire que l'hôpital adopte en matière de programmes et de services. Le CCP est composé de représentants de tous les professionnels de la santé réglementés, qui font partie du personnel hospitalier, tant ceux qui sont employés par l'hôpital que ceux qui ne le sont pas. Les membres du CCP sont choisis par voie d'élection ou de nomination au sein des professionnels de l'hôpital de manière à constituer un organe le plus représentatif possible. Le conseil d'administration doit donc adopter un règlement régissant l'élection ou la nomination des professionnels au CCP.

La constitution du CCP soulève un certain nombre de questions que chaque conseil d'administration devra régler. La première est que les membres des différentes professions peuvent avoir un avis divergent sur une question particulière. Dans ce cas, le CCP peut être dans l'incapacité de jouer son rôle consultatif et le conseil d'administration peut se trouver dans l'obligation de consulter directement les représentants des professions concernées.

Un autre problème éventuel découle des intérêts divergents des professionnels de la santé réglementés, qui ont le droit d'admettre des malades ou d'inscrire des malades externes, et ceux qui n'ont pas ce droit. Les professionnels de la santé réglementés qui peuvent admettre des malades dépendent souvent de leur nomination pour pouvoir exercer; ces professionnels ont aussi un effet important sur la demande de services hospitaliers et, par conséquent, sur le coût du fonctionnement de l'hôpital. Plus généralement, les professionnels de la santé réglementés qui peuvent admettre des malades ont un point de vue différent de ceux qui ne peuvent le faire en ce qui a trait aux soins et aux services offerts aux malades et au rôle de l'hôpital dans la collectivité. Le conseil d'administration doit avoir accès à ces deux points de vue dans le contexte global du CCP, qui doit être fondé sur la collaboration.

Compte tenu de l'importance de cette question pour l'hôpital et pour les professionnels de la santé réglementés, la *Loi sur les hôpitaux publics* doit indiquer que le CPP est tenu de constituer deux sous-comités, l'un composé de professionnels de la santé réglementés, quel que soit leur poste au sein de l'hôpital, qui admettent des malades, l'autre composé de professionnels de la santé réglementés qui n'en admettent pas. Chaque conseil d'administration étudiera sa situation propre pour décider si le CCP doit constituer d'autres sous-comités.

5.4.5 Le comité consultatif des employés

Le caractère complexe de la direction d'un hôpital exige aussi que le conseil d'administration ait un accès permanent aux conseils de ses employés qui ne sont pas membres d'une profession de la santé réglementés. Ces employés doivent avoir, auprès du conseil, un rôle consultatif égal à celui des professionnels de la santé réglementés et de la collectivité. Avant de décider de la constitution et du fonctionnement du comité consultatif des employés (CCE), le conseil d'administration tiendra compte des caractéristiques de son personnel : personnel de surveillance, personnel exécutant, personnel syndiqué, personnel non syndiqué, personnel technique et personnel non-technique. Comme tous les autres conseils

consultatifs, le CCE n'a pas pour mandat d'intervenir dans des questions relatives à la gestion quotidienne de l'hôpital ou aux contrats d'emploi.

Recommandations

Nous recommandons ce qui suit :

(5.15) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait indiquer que chaque conseil d'administration devrait mettre au point un processus officiel de consultation; ce processus comprendrait la création des conseils consultatis suivants : un conseil consultatif communautaire, un conseil consultatif professionnel et un conseil consultatif des employés; ces conseils pourraient communiquer directement avec le conseil d'administration concernant les questions reliées à la direction.**

(5.16) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que chaque conseil d'administration crée deux sous-comités du conseil consultatif professionnel; un des sous-comités serait composé de professionnels de la santé réglementés, sans tenir compte de leur statut au sein de l'hôpital, qui peuvent admettre des malades ou inscrire des malades externes; et un sous-comité composé de professionnels de la santé, sans tenir compte de leur statut au sein de l'hôpital, qui ne peuvent admettre ou inscrire des malades.**

(5.17) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que le conseil d'administration de chaque hôpital établisse des procédures d'élection ou de sélection des membres des conseils consultatifs, pour assurer le bon fonctionnement des conseils et leur financement.**

5.5 LES RESPONSABILITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

5.5.1 Les questions de responsabilité

La Loi actuelle ne précise pas devant qui le conseil d'administration est responsable ni de quoi il est responsable. Ce manque de précision a contribué aux incertitudes entourant la direction des hôpitaux. Le fait de préciser, dans la loi la responsabilité du conseil d'administration d'un hôpital a pour objet d'exposer clairement au conseil et à ses membres les choses dont ils sont responsables et devant qui ils sont responsables. La question de la responsabilité des conseils d'administration met en jeu l'équilibre des intérêts divers qui existent à l'intérieur d'un hôpital aussi bien qu'au sein du réseau hospitalier, la responsabilité du conseil d'administration d'assurer la prestation de traitements et de soins dans un hôpital donné et la responsabilité de la province de maintenir, de coordonner et de diriger le réseau hospitalier et l'ensemble du système de santé.

Il faut trouver un juste équilibre entre le besoin de préciser les nombreuses responsabilités du conseil d'administration et la nécessité de protéger sa liberté de s'acquitter de ses responsabilités comme il le juge préférable. Seule cette liberté permettra d'attirer des administrateurs ayant les qualités dont les hôpitaux ont besoin et d'inciter les administrateurs à prendre les décisions qui auront un effet véritable d'amélioration sur l'hôpital et sur la qualité des services qu'il offre.

5.5.2 La responsabilité : qui est responsable devant qui? et de quoi?

En raison de son rôle sur le plan de la direction, le conseil d'administration de l'hôpital est l'instance responsable de tous les aspects du fonctionnement de ce dernier.

Le conseil d'administration peut déléguer la responsabilité et l'autorité de certaines fonctions et il est tenu de le faire en ce qui a trait à la gestion de l'hôpital, ainsi qu'aux traitements et aux soins dispensés aux malades. Il tiendra responsables ceux auxquels il aura délégué cette responsabilité et cette autorité. Toutefois, le conseil

d'administration ne peut déléguer ni abdiquer la responsabilité même de ces fonctions. En terme de responsabilité, tout revient au conseil d'administration.

Si l'on parle de responsabilité, on doit donc répondre, à la question de savoir qui est responsable, que le conseil d'administration, dans la mesure où il agit au nom de la société de l'hôpital, est en dernier ressort responsable de tout.

Par ailleurs, le conseil d'administration est responsable devant un certain nombre de groupes, notamment :

- la société de l'hôpital;
- les malades;
- les membres de la population dans la collectivité locale ou régionale;
- les propriétaires de l'hôpital, des biens-fonds et des immeubles;
- les tiers qui achètent des services auprès de l'hôpital (tels que les services d'accident du travail et le ministère des Anciens combattants);
- les donateurs de l'hôpital, que ces dons se fassent sous la forme d'argent ou de travail bénévole;
- l'ensemble du personnel hospitalier, qu'il soit ou non employé par l'hôpital;
- les autres hôpitaux ou établissements avec lesquels l'hôpital est en rapport aux fins de la prestation des services;
- le conseil régional de santé, ou tout autre organisme désigné par la province, responsable de la planification, de l'élaboration et du fonctionnement du système hospitalier et des autres établissements et services de santé;
- le gouvernement provincial, qui fournit à l'hôpital les fonds qui lui permettent de fonctionner.

Tous ces groupes sont importants. Il incombe au conseil d'administration de préserver un équilibre acceptable entre eux. L'ordre de priorité, les détails et la

rigueur de la responsabilité qu'un conseil d'administration s'impose à l'égard de chacun d'eux dépendra de la situation locale.

5.5.3 La responsabilité principale

Les administrateurs sont avant tout responsables devant la société de l'hôpital pour ce qui est des éléments suivants :

L'organisation

- la capacité permamente de l'hôpital de servir ses communautés à titre d'organisme autonome, agréé et indépendant; et
- la défense de l'hôpital;

La qualité des soins

- les objectifs et les buts permettant d'améliorer la sécurité, la qualité, l'adéquation et l'efficacité des services offerts par l'hôpital; et
- l'atteinte de buts et d'objectifs précis;

L'intégrité financière

- la viabilité financière permanente de l'hôpital;
- la planification financière et l'établissement de budgets;
- les budgets annuels; et
- la représentation de l'hôpital aux fins de l'obtention de fonds de la province et de sources privées;

La planification et le fonctionnement

- la primauté des grandes orientations publiques;
- l'administration globale de l'hôpital, ses objets, sa planification à long terme, stratégique et de fonctionnement, ainsi que l'examen et l'approbation de ses plans;
- les valeurs de l'hôpital;

- le contrat social de l'hôpital, la coordination de l'élaboration des plans avec d'autres hôpitaux et établissements en ce qui a trait aux services offerts à la collectivité, au district ou à la région servi(e) par l'hôpital; et
- les besoins et les préoccupations de la population, notamment la constitution et le maintien des structures consultatives;

L'efficacité de la gestion

- l'efficacité de la gestion, notamment la participation convenable et efficace des professionnels de la santé réglementés et des autres membres du personnel aux processus de gestion;
- l'élaboration et la mise en oeuvre par les dirigeants de stratégies, de structures et de programmes permettant d'atteindre les objectifs de l'hôpital; et
- la sécurité, l'efficacité et l'efficience du fonctionnement de l'hôpital;

Les bénévoles

- le recrutement et la participation efficace des bénévoles;

Les services de soutien

- Les ressources nécessaires au soutien des services et des programmes offerts dans le cadre du contrat social de l'hôpital;

Le milieu de travail

- la santé et la sécurité du milieu de travail, notamment le respect des lois relatives à la santé et à la sécurité au travail, et aux relations de travail; et
- le respect des autres lois touchant d'autres aspects du milieu de travail offert par l'hôpital, notamment les relations entre employés et employeurs et les relations avec les organismes professionnels;

L'enseignement et la recherche

- les installations et les services, le cas échéant, nécessaires pour faciliter la formation des chercheurs et des professionnels de la santé de l'avenir, ainsi que la recherche; et

La déontologie

- le souci des préoccupations et des comportements déontologiques dans tous les aspects de la gestion et du fonctionnement de l'hôpital.

Il incombe au conseil d'administration d'assurer que chacune de ces responsabilités soit incorporée dans les règlements, les manuels de méthode ou les lignes directrices de l'hôpital.

5.6 UN PROCESSUS PUBLIC

Compte tenu de l'ampleur des fonds accordés par la province aux hôpitaux et du rôle critique que les hôpitaux jouent dans la vie des particuliers et de la collectivité, il y va indubitablement de l'intérêt général d'assurer l'accès de la population au conseil d'administration et à ses travaux. Le Comité de direction fait sien le modèle d'accès de la population prévu dans la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*. Selon ce modèle, le conseil d'administration donne un avis raisonnable du calendrier de ses réunions et n'importe qui a le droit d'y assister. De même, n'importe qui doit avoir le droit de s'adresser au conseil d'administration, à tout le moins après en avoir fait la demande par écrit, et d'avoir accès aux règlements de l'hôpital. Seules peuvent faire exception à ce principe de l'accès de la population les réunions, ou parties de réunions, que le conseil décide de tenir à huis clos parce qu'il y est saisi de questions telles que la sécurité de la population, une poursuite au criminel ou au civil, une question personnelle ou l'acquisition de biens-fonds. Le conseil d'administration doit être tenu de préciser dans son procès-verbal les motifs qui l'ont poussé à tenir une réunion ou une partie de réunion à huis clos.

Recommandations

Nous recommandons ce qui suit :

(5.18) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que les réunions du conseil d'administration de l'hôpital soient ouvertes au public, sauf lors de circonstances particulières comme celles concernant la sécurité publique, les procédures criminelles ou civiles, les questions personnelles ou l'acquisition de propriétés.**

(5.19) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que tous les règlements de l'hôpital soient des documents publics accessibles sur demande.**

5.7 LES FONDATIONS

Les fondations hospitalières et d'autres personnes morales distinctes jouent un rôle précieux dans le bien-être financier des hôpitaux. Au cours des dernières années, les conditions entourant les fondations hospitalières sont devenues beaucoup plus complexes. Il y a lieu d'encourager l'existence et les activités des fondations hospitalières, dans la mesure toutefois où elles respectent certaines conditions précises, qui favorisent l'information et la responsabilité. Ces conditions comprennent, entre autres, les suivantes :

- les activités de la fondation hospitalière doivent respecter les plans de fonctionnement et à long terme approuvés de l'hôpital;

- l'hôpital ne doit pas avoir le droit de transférer des fonds à sa fondation, si ce n'est aux fins de legs, de dons reçus ou en paiement de biens et de services;

- les opérations menées entre la fondation et l'hôpital doivent figurer dans les états financiers annuels vérifiés;

- toutes les fondations hospitalières doivent être tenues de rendre publics leurs états financiers vérifiés;

- les dispositions relatives à la divulgation des dossiers généraux de l'hôpital doivent s'appliquer aussi à ses fondations; et

- les hôpitaux qui ont obtenu des fonds par le biais de dons ou de legs conformes aux plans approuvés peuvent réserver ces fonds à des fins particulières.

Recommandation

Nous recommandons ce qui suit :

(5.20) Le ministère de la Santé devrait définir dans la loi les conditions en fonction desquelles les fondations des hôpitaux ou les autres sociétés indépendantes de l'hôpital peuvent organiser leurs activités. Parmi ces conditions, il faudrait comprendre les conditions suivantes :

a) les activités de la fondation devraient être conformes aux plans de fonctionnement à long terme de l'hôpital;
b) l'hôpital ne devrait pas transférer des fonds à sa fondation sauf pour les legs, les reçus de charité ou paiement de biens et services;
c) les transactions de la fondation avec l'hôpital devraient être divulguées dans les états financiers annuels vérifiés;
d) toutes les fondations d'hôpital devraient rendre publics leurs états financiers vérifiés;
e) les dispositions sur la divulgation de dossiers de l'hôpital devraient également s'appliquer à la fondation; et
f) les hôpitaux qui ont recueilli des fonds par des dons ou des legs, conformément aux programmes établis, peuvent conserver ces fonds pour des projets particuliers.

CHAPITRE 6 LA GESTION

6.1 INTRODUCTION

La *Loi sur les hôpitaux publics* actuelle contient des dispositions visant la gestion et les dirigeants des hôpitaux. Cette loi découle de la situation qui prévalait des années 40 aux années 60, période durant laquelle les hôpitaux étaient gérés pour faciliter ce qui semblerait aujourd'hui un éventail limité de services médicaux peu coûteux et relativement simples. Conformément à la Loi actuelle, la fonction de gestion vise à assurer la présence de l'infrastructure nécessaire au soutien des soins médicaux, à assurer le suivi de ce qui se passe dans l'hôpital et à quantifier les dépenses qui sont engagées. Cette loi est le produit de la période de croissance de la population, de l'économie et du secteur hospitalier.

La *Loi sur les hôpitaux publics* actuelle a bien favorisé l'évolution des hôpitaux et de leur gestion lorsque l'important était de faciliter les soins cliniques et l'émergence d'installations hospitalières nouvelles et en croissance constante. Cette loi illustre aussi une démarche en matière de financement des hôpitaux selon laquelle les malades, leurs assureurs et, par la suite, la province remboursent à l'hôpital le coût des soins ou le coût de son fonctionnement. Toutefois, cette démarche ne favorise guère la gestion dynamique de la teneur des processus de soins dispensés aux malades ou du coût du fonctionnement de l'hôpital qui en résulte.

Les hôpitaux ont changé et le rythme de cette évolution s'accélère. Les hôpitaux font maintenant partie des organismes les plus complexes de la société pour les raisons suivantes :

- l'adoption d'un éventail de nouveaux processus de traitement et de diagnostic interdisciplinaires plus exhaustifs et plus complexes;
- l'adoption de techniques toujours plus perfectionnées (et efficaces);
- la multiplication du nombre et des catégories de disciplines professionnelles participant aux soins hospitaliers;

- les questions financières; et
- la gestion des ressources humaines et des relations de travail.

La situation actuelle demande aux dirigeants des hôpitaux d'intégrer ces processus, techniques et disciplines de la santé dans des modalités de soins efficaces et respectueuses d'un cadre financier. La *Loi sur les hôpitaux publics* doit donc être réécrite pour tenir compte de cette exigence. Elle doit aussi tenir compte de l'évolution des responsabilités des dirigeants, qui ne sont plus de faciliter les soins médicaux, mais bien de gérer la teneur et le coût des processus cliniques. La Loi doit donc permettre des processus de gestion qui intègrent les nombreux aspects de l'hôpital dans un tout cohérent et la collaboration entre les dirigeants et les cliniciens qui est nécessaire pour assurer la réussite de cette redéfinition des responsabilités des dirigeants.

6.2 LA GESTION ET LA DIRECTION

Comme nous l'avons fait remarquer au chapitre 3, la complexité des hôpitaux actuels exige une attribution nette des responsabilités concernant l'avenir à long terme de l'hôpital et de celles qui touchent aux questions de fonctionnement plus immédiates. Les premières sont la clé d'une direction efficace. Les deuxièmes relèvent des dirigeants.

L'efficacité des hôpitaux sert évidemment l'intérêt général. Pour que les hôpitaux deviennent des organismes efficaces, il faut attribuer des responsabilités particulières à la direction et à la gestion tout en donnant aux dirigeants la responsabilité et l'autorité indiscutables qui leur permettront de gérer. La *Loi sur les hôpitaux publics* doit donc reconnaître la gestion comme une fonction distincte, responsable du fonctionnement efficace de l'hôpital, conformément aux orientations données par le conseil d'administration. La seule responsabilité sur le plan du fonctionnement du conseil d'administration est de prendre les mesures nécessaires à l'efficacité de la gestion et de surveiller cette efficacité. De même, les dirigeants ne doivent pas usurper la fonction de direction en définissant eux-mêmes les buts à long terme de

l'hôpital ou en prenant des engagements à long terme en son nom, et ce, même s'ils ressentent aussi un engagement certain et un sens de responsabilité à l'égard de l'établissement. Les dirigeants doivent diriger et les gestionnaires doivent gérer. Chacun de ces groupes doit s'acquitter de ses responsabilités respectives et complémentaires dans un climat de confiance mutuelle et de collaboration.

La distinction entre la direction et la gestion accroît l'importance du rôle du président-directeur général (et de la haute direction de l'hôpital), qui devient le lien entre ces deux fonctions. Le président-directeur général doit jouer un rôle de chef de file à l'égard de l'organisme tout entier, comme la plupart des titulaires de ce poste le font déjà, fournir des conseils aux rouages de la fonction de direction et assurer l'orientation des processus de gestion de l'hôpital. Sa responsabilité principale est d'élaborer des stratégies qui permettront à l'hôpital d'atteindre les objectifs à long terme fixés par le conseil d'administration, puis de collaborer avec les dirigeants à la mise en oeuvre de ces mesures stratégiques.

Le président-directeur général est aussi chargé d'informer le conseil d'administration sur l'état de l'établissement et de son milieu, ainsi que sur les conséquences de l'évolution de la situation pour l'avenir à court et à long terme de l'hôpital tout en le conseillant à ce propos. Un président-directeur général efficace est considéré comme le principal conseiller du conseil d'administration en ce qui a trait à l'établissement de ses buts et comme le dépositaire de l'autorité pleine et entière du conseil d'administration en ce qui a trait à la mise en oeuvre de ses plans.

6.3 LES RESPONSABILITÉS DES DIRIGEANTS

La fonction principale des dirigeants de l'hôpital est d'assurer une prestation efficace des services offerts par ce dernier. Par dirigeants, on entend tous ceux qui ont la responsabilité d'un aspect particulier, clinique ou autre, du fonctionnement de l'hôpital. Dans l'exercice de leurs fonctions, les dirigeants agissent au nom du conseil d'administration, relèvent de ce dernier et sont responsables devant lui.

Pour assurer l'efficacité de l'hôpital, l'équipe de gestion doit assumer un certain nombre de responsabilités particulières, notamment les suivantes :

- jouer un rôle de chef de file à l'égard de l'ensemble de la communauté hospitalière en ce qui a trait aux éléments suivants :
  - la réalisation du mandat de l'organisme et l'atteinte de ses buts
  - l'application des valeurs à ses méthodes de gestion et à son fonctionnement;
- élaborer et mettre en oeuvre les stratégies qui permettent d'atteindre les buts de l'hôpital;
- créer les structures organisationnelles et les méthodes de fonctionnement qui favorisent la participation et la communication, un soutien efficace de la prestation des services et l'atteinte des buts;
- recruter le personnel et en assurer le perfectionnement compte tenu des besoins actuels et des plans à long terme de l'hôpital;
- diriger et encadrer la prestation des services de l'hôpital;
- surveiller et améliorer l'efficience des services de l'hôpital;
- surveiller et améliorer l'efficacité et la qualité des services et des soins offerts par l'hôpital; et
- faire rapport au conseil d'administration sur les questions relatives à l'efficacité de l'hôpital.

La santé et l'efficacité organisationnelles de l'hôpital dépendent de la façon dont les dirigeants réussiront à s'acquitter de leurs responsabilités.

Recommandations :

Nous recommandons ce qui suit :

(6.01) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait indiquer que la principale responsabilité des dirigeants est d'assurer le fonctionnement efficace de l'établissement en vertu des politiques du conseil d'administration.**

(6.02) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que les dirigeants soient responsables auprès du conseil d'administration et lui rendent compte, en vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics*, de ses règlements, des autres lois pertinentes et des règlements de l'hôpital.**

6.3.1 La planification

La planification est une préoccupation relativement récente dans le système de soins de santé. Jusqu'à présent, la seule planification effectuée par les hôpitaux ontariens tendait à s'intéresser à la construction de nouvelles installations. De même, les mesures de planification du ministère de la Santé en ce qui a trait aux hôpitaux tendaient à s'intéresser avant tout aux caractéristiques physiques des installations proposées par les hôpitaux. Résultat : la planification à long terme et stratégique est un domaine tout nouveau pour les hôpitaux. Jusqu'à tout récemment, en règle générale, les hôpitaux n'élaboraient pas d'énoncé officiel de leurs buts ni de plans en ce qui a trait au développement de l'organisme et à l'élaboration de ses programmes.

Un cadre de planification. On reconnaît maintenant sans réserve l'intérêt qu'ont les hôpitaux à se doter d'un ensemble cohérent de buts et de plans et l'importance que cet exercice a pour eux. La planification est considérée comme un élément essentiel de la bonne direction et de la bonne gestion d'un hôpital. Ce dernier doit élaborer des plans en fonction des besoins recensés de la collectivité en matière de santé et en collaboration avec cette dernière et avec d'autres organismes de service social et de santé. Dans le cas des hôpitaux, une bonne planification doit englober les éléments fondamentaux suivants :

- la définition de la communauté hétérogène de l'hôpital;
- le choix des besoins de la communauté hétérogène en matière de santé que l'hôpital peut combler;
- la négociation d'un contrat social propre à définir le rôle que doit remplir l'hôpital et ses rapports avec les autres fournisseurs, en fonction des besoins de la communauté en matière de santé;

- l'établissement des buts de l'hôpital;
- la définition de la description des programmes et des services requis pour combler les besoins choisis des communautés fonctionnelles en matière de santé et pour atteindre les buts de l'hôpital;
- l'élaboration des plans et des stratégies nécessaires pour remplir le contrat social;
- l'élaboration des plans de ressources humaines nécessaires pour soutenir les programmes et services planifiés; et
- l'extrapolation, à partir de ces plans et stratégies, de mesures précises à entreprendre au cours de l'exercice à venir (planification du fonctionnement).

Les énoncés officiels de buts et de plans, que l'on reconnaît maintenant comme des éléments essentiels à la réussite de la direction et de la gestion d'un hôpital, servent de cadre au plan et au budget annuels de fonctionnement. La complexité des hôpitaux actuels exige que toutes les décisions se prennent en fonction des buts de l'organisme. Les plans permettant d'atteindre ces buts doivent être clairs et acceptés par l'ensemble de l'organisme et par chacun de ses éléments constitutifs. Ces documents de planification doivent exprimer clairement les priorités et les plans de l'hôpital; c'est alors qu'ils pourront servir de fondement à la collaboration qui doit s'instaurer entre tous les intervenants pour que l'hôpital puisse atteindre ses buts.

Compte tenu de la nécessité de distinguer entre la direction et la gestion, l'établissement des buts organisationnels et des objectifs à long terme des programmes relève principalement de la fonction de direction; l'élaboration des stratégies et des plans de fonctionnement nécessaires pour atteindre ces objectifs et ces buts est, quant à elle, principalement la responsabilité de la fonction de gestion. Même s'il s'agit là principalement d'une responsabilité de la fonction de direction, il ne serait pas réaliste d'attendre des conseils d'administration qu'ils se livrent à la planification à long terme de manière indépendante. Les plans à long terme et les

buts ne seront utiles comme outils de gestion que s'ils sont élaborés en collaboration avec les dirigeants et le reste du personnel clinique, administratif et de soutien de l'hôpital. La direction et l'orientation du processus de planification à long terme proviennent du président-directeur général et de la haute direction de l'hôpital.

La planification fondée sur la collaboration. Comme nous l'avons déjà évoqué au chapitre 3, les hôpitaux ontariens, le ministère de la Santé et la population se sont rendu compte qu'il fallait articuler les buts et les plans des hôpitaux dans un contexte plus vaste à l'échelle de la région et de la province. Ces buts et ces plans doivent être élaborés de manière à tenir compte de l'état de santé et des besoins en matière de santé de la communauté des aspirations, des plans et des capacités des autres hôpitaux et organismes de santé qui servent la communauté, ainsi que des ressources financières, techniques et humaines à la disposition de l'hôpital.

Il faut donc penser, repenser et réorienter les plans, les programmes et les installations de l'hôpital en consultation et en collaboration avec la communauté, d'autres fournisseurs de soins de santé et de services sociaux et d'autres hôpitaux. C'est le seul moyen d'améliorer l'efficacité de la structure et de la répartition des services hospitaliers. C'est aussi le seul moyen d'assurer une répartition plus équitable des ressources, des services, des techniques et des programmes de santé et de les rendre plus accessibles. Les contrats sociaux que nous proposons renforceront la tendance visant à généraliser une planification des services et des programmes plus officielle, plus systématique, plus exhaustive, davantage fondée sur la collaboration, plus sensible et plus axée sur la communauté.

Recommandations

Nous recommandons ce qui suit :

(6.03) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que les hôpitaux élaborent des plans à long terme.**

(6.04) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que les hôpitaux consultent les autres fournisseurs et collaborent avec eux pour l'élaboration de leurs plans à long terme.**

(6.05) **Le ministère de la Santé devrait élaborer des directives concernant la coopération et la consultation pour la planification et ces directives devraient indiquer le nombre de fournisseurs qui feront partie de la planification de l'hôpital.**

(6.06) **Le ministère de la Santé devrait exiger que les hôpitaux remettent leurs plans à long terme au conseil régional de santé, ou à tout autre organisme provincial mandaté, et au ministère de la Santé.**

6.3.2 La planification du fonctionnement

L'élaboration du plan et du budget de fonctionnement est un processus annuel de gestion grâce auquel l'hôpital met en oeuvre ses plans à long terme et remplit son contrat social. Habituellement, ce processus sous-entend la définition des éléments suivants :

- les buts annuels de l'organisme;
- les plans visant le développement, l'amélioration, le maintien, la réduction ou l'élimination des programmes et des services thérapeutiques, diagnostiques, de soutien et administratifs;
- les attentes sur le plan du rendement en ce qui a trait au volume, à la productivité, au coût et à la qualité des services offerts par chaque programme et par chaque service thérapeutique, diagnostique, de soutien et administratif; et
- les cibles à atteindre sur le plan des dépenses par chaque élément de l'organisme et par l'organisme tout entier.

L'hôpital a besoin d'un plan de fonctionnement et du budget qui lui est relié pour décrire et quantifier ses buts annuels et les programmes, les services et les mesures

financières qu'il entend adopter. Il incombe au conseil d'administration d'étudier et d'approuver le plan et le budget annuels; ainsi, ce plan et ce budget sont un des moyens qui permettent d'assurer la responsabilité des dirigeants et du personnel de l'hôpital devant le conseil d'administration, ainsi que celle de l'hôpital devant la communauté.

Le plan de fonctionnement. La plupart des hôpitaux n'élaborent pas de plan de fonctionnement officiel. Ils se contentent de budgets annuels, qui leur servent à la fois de plan de fonctionnement et de plan financier. Le fait d'élaborer des plans de fonctionnement officiels et de s'en inspirer pour dresser le budget annuel de fonctionnement permettrait à ces hôpitaux d'articuler les mesures et les plans qu'ils entendent mettre en oeuvre, d'une part, et, d'autre part, les attentes des particuliers, des services et des programmes; d'étudier tous ces éléments officiellement; et de les adopter ou de les rejeter au début de chaque année. Les plans de fonctionnement constituent aussi un moyen de réagir aux situations imprévues et aux demandes connexes qui surviennent en milieu d'exercice. La planification de fonctionnement est un moyen efficace d'encadrer et de diriger les mesures envisagées en matière de service, en plus d'être un outil puissant dans la gestion du fonctionnement et des dépenses des hôpitaux.

La planification de fonctionnement doit être un processus annuel qui traduit les plans à long terme, le contrat social et les stratégies de l'hôpital en des programmes, des services et des mesures précises pour l'exercice à venir. Le plan de fonctionnement doit tenir compte des ressources financières et de la situation des programmes et des services existants, en fonction du contrat social de l'hôpital. Les modifications planifiées des programmes et des services doivent s'appuyer sur des négociations menées avec la communauté, d'autres organismes de service social et de santé, le conseil régional de santé et le ministère de la Santé.

Le plan de fonctionnement doit comprendre un énoncé des buts de l'hôpital pour l'exercice à venir, mais aussi les plans et les estimations relatives aux éléments suivants :

- les programmes et les processus cliniques que l'hôpital envisage d'adopter, d'élargir ou d'améliorer;
- les programmes et les processus cliniques que l'hôpital envisage de réduire ou d'éliminer;
- les nominations et les départs au sein du personnel clinique (c'est-à-dire un plan annuel des ressources humaines cliniques);
- le nombre de malades dans chaque programme de soins existant ou nouveau;
- les services diagnostiques ou thérapeutiques que l'hôpital envisage d'adopter ou d'élargir;
- les services diagnostiques et thérapeutiques que l'hôpital envisage de réduire ou d'éliminer;
- les services administratifs et de soutien que l'hôpital envisage d'adopter ou d'élargir;
- les services administratifs et de soutien que l'hôpital envisage de réduire ou d'éliminer;
- l'importance et la charge de travail de chaque service diagnostique, thérapeutique, de soutien ou administratif;
- le matériel que l'hôpital envisage de remplacer ou d'acquérir;
- les mesures en matière de ressources humaines que l'hôpital envisage de lancer dans tous ses secteurs (par exemple, l'équité salariale, l'équité d'emploi, la santé et la sécurité au travail, Commission des accidents du travail, emploi alternatif); et
- les processus de gestion que l'hôpital envisage d'adopter par service, par programme ou dans son ensemble.

La consultation interne et externe. Les dirigeants doivent veiller à ce que le processus de planification du fonctionnement fasse appel à la participation de l'ensemble du personnel de l'hôpital. Ce processus doit prévoir l'intervention du personnel tant à l'étape initiale de l'élaboration du plan que lors de sa mise au point grâce à un processus d'examen et de critique.

En outre, l'hôpital doit élaborer son plan de fonctionnement dans le contexte de son contrat social. Le processus d'élaboration du plan de fonctionnement annuel doit donc s'appuyer sur la consultation et, s'il le faut, sur la collaboration des autres organismes qui offrent des services sociaux et de santé aux communautés fonctionnelles de l'hôpital. Le but de la consultation des autres fournisseurs est de confirmer le maintien de la pertinence du contrat social de l'hôpital et de son plan à long terme, en plus de préciser la façon dont on répond à l'évolution des besoins de la collectivité en matière de soins de santé.

Le contrat social de l'hôpital sera d'autant plus solide que ce dernier sera obligé de consulter les autres fournisseurs au cours de l'élaboration de son plan de fonctionnement annuel. L'hôpital pourrait être accusé de ne pas respecter ce contrat s'il envisageait de modifier des programmes et des services dans son plan de fonctionnement annuel sans que le contrat social prévoie cette modification ou sans que l'hôpital ait pris la peine de le renégocier avec les autres intervenants. En effet, une telle modification des programmes et des services pourrait avoir un effet important sur les programmes, les services et la viabilité financière des autres fournisseurs en plus de nuire à l'accès de la communauté aux services dont elle a besoin. En règle générale, chaque année, au cours de l'élaboration de leur plan de fonctionnement annuel, tous les organismes de santé, y compris les hôpitaux, doivent examiner et coordonner leurs plans pour optimiser les avantages qu'ils procurent à la communauté et minimiser les contretemps que toute modification pourrait leur créer, à eux ou à la communauté. Toute mesure prise indépendamment par les hôpitaux (et d'autres organismes de santé), qui a pour effet

de réduire l'accès de la communauté aux services dont elle a besoin ou qui ont un effet sur d'autres fournisseurs, doit être sous réserve d'un examen.

Avant de modifier ne serait-ce que légèrement un programme existant (par exemple en faisant du service de psychologie un service interne plutôt qu'externe), les hôpitaux doivent au moins informer et, de préférence, consulter les autres fournisseurs et collaborer avec eux. Les modifications plus importantes, qui ont un effet sur les programmes provinciaux, régionaux ou locaux sans entraîner de modifications du contrat social (par exemple, la réduction du nombre d'interventions en chirurgie cardio-vasculaire), requièrent la participation du ministère de la Santé, du conseil régional de santé et des autres fournisseurs qui servent la communauté fonctionnelle de ce programme ou de ce service. Par ailleurs, toute modification importante des services et des programmes de l'hôpital qui a un effet sur le contrat social (par exemple, l'élimination des services d'urgence) entraînera tout probablement la renégociation de ce contrat. Pour assurer un traitement uniforme des diverses modifications possibles, le ministère de la Santé devra préciser les circonstances et les marches à suivre qui s'imposent lorsqu'un hôpital a l'intention de modifier ses programmes ou ses services.

L'approbation du conseil d'administration. Les conclusions de ces processus de consultation et de collaboration doivent faire l'objet d'une évaluation par les dirigeants et aboutir à l'élaboration d'un plan de fonctionnement, soumis à l'étude du conseil d'administration. L'hôpital soumet son plan de fonctionnement approuvé au conseil régional de santé et au ministère de la Santé. Ce plan doit exposer clairement, à l'intention du personnel de l'hôpital, des autres fournisseurs et de la collectivité, les mesures que l'hôpital entend prendre au cours de l'exercice à venir.

Recommandations

Nous recommandons ce qui suit :

(6.07) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que les hôpitaux élaborent leurs plans de fonctionnement annuels en tenant compte de leurs contrats sociaux.**

(6.08) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que les hôpitaux remettent leurs plans de fonctionnement annuels à leur conseil régional de santé ou à tout autre organisme provincial mandaté, et au ministère de la Santé.**

(6.09) **Le ministère de la Santé devrait définir le rôle de médiateur du conseil régional de santé et celui d'arbitre du ministère de la Santé pour régler les conflits reliés aux plans de fonctionnement entre les hôpitaux et les autres organismes de santé.**

6.3.3 L'établissement du budget et la gestion financière

La Loi actuelle ne traite pas de l'établissement du budget des hôpitaux ni de leur gestion financière. Bien que la gestion financière de la grande majorité des hôpitaux soit efficace, il existe des cas où des hôpitaux ont contracté des arrangements financiers imprudents dans le cadre d'entreprises parfois liées, d'autres fois non, aux objets de l'hôpital.

Le budget de fonctionnement. Le budget de fonctionnement de l'hôpital doit découler de son plan de fonctionnement annuel. Le plan opérationnel doit définir toutes les nouvelles mesures et leurs répercussions sur les malades et l'ampleur des services offerts. Le processus de budgétisation sert ensuite à évaluer les frais fixes et variables de chaque unité de service et les dépenses cumulées des départements et de l'hôpital tout en comparant les dépenses et les recettes.

Les hôpitaux ne doivent pas fonctionner à perte ni accumuler de déficit de fonctionnement, si ce n'est dans le cadre d'un plan financier qui prévoit le

remboursement de la dette. La gestion des hôpitaux doit viser à la fois à leur permettre de remplir leurs obligations en vertu du contrat social et, avec le temps, à produire des excédents de fonctionnement ou, à tout le moins, à atteindre un seuil de rentabilité.

Le budget de fonctionnement de l'hôpital représente l'engagement financier de ce dernier à l'égard des programmes et des services précisés dans le contrat social pour une année donnée d'un contrat qui en dure cinq. Chaque plan et budget de fonctionnement annuel se fonde sur des hypothèses à court terme quant à l'évolution des programmes et des services de l'hôpital et des autres fournisseurs et au financement qui sera disponible pour soutenir ces services et programmes. Pour s'assurer de pouvoir remplir ses obligations, l'hôpital, tout comme les autres fournisseurs d'ailleurs, devra élaborer des prévisions sur plusieurs années de ses recettes et de ses dépenses. Toute modification imprévue du financement de l'hôpital risque de nuire non seulement aux services de l'hôpital, mais aussi à ceux des autres fournisseurs, de même qu'à l'accès de la collectivité aux services.

Comme les hôpitaux reçoivent la plupart de leurs recettes du ministère de la Santé, l'exactitude de ces prévisions pluriannuelles serait beaucoup plus grande si le Ministère offrait aux hôpitaux des modalités de financement pluriannuelles. À tout le moins, le Ministère doit informer les hôpitaux de toute modification importante de leur financement en leur donnant un délai suffisant pour leur permettre de planifier et de négocier les modifications à apporter aux services et au contrat social. Bien que cette question n'entre pas dans le champ de l'examen de la *Loi sur les hôpitaux publics*, le financement pluriannuel permettrait aux hôpitaux de participer plus efficacement au processus d'élaboration du contrat social et de planification du fonctionnement que nous recommandons.

Le budget d'immobilisations. Conformément aux principes d'une bonne gestion financière, les hôpitaux doivent se doter d'un plan pluriannuel de dépenses en capital. Il faut en effet, bien avant l'engagement même des dépenses, planifier les

besoins financiers des projets d'immobilisation (et, dans certains cas, de fonctionnement) et prendre les dispositions nécessaires au financement de ces besoins.

Les hôpitaux sont déjà responsables d'une partie importante des dépenses en capital touchant à la construction et à la rénovation des installations et à l'acquisition du nouveau matériel. L'excédent de fonctionnement constitue une source possiblement importante de crédits susceptibles de financer la part de l'hôpital dans ces immobilisations. Le Plan de gestion rationalisé, adopté en 1982, permet, entre autres, aux hôpitaux de conserver leur excédent de fonctionnement. Ces sommes doivent être réservées aux activités suivantes :

- le financement du fonctionnement futur,
- l'amélioration du fonds de roulement de l'hôpital,
- le financement de la rénovation et de la construction des installations, et
- le financement de l'acquisition du nouveau matériel

Toutefois, on pourrait prétendre que l'utilisation des excédents de fonctionnement aux fins des immobilisations permise par le Plan de gestion rationalisé n'est pas fondée en droit. En effet, selon la définition officielle d'un crédit parlementaire, les excédents de fonctionnement proviennent d'un crédit visant le financement du fonctionnement des hôpitaux et ne peuvent donc, aux termes de ce crédit, être utilisés à d'autres fins que pour financer ce fonctionnement. Les hôpitaux sont ainsi tenus de conserver et d'accumuler ces excédents de fonctionnement aux seules fins du financement de nouveaux programmes et services ou des pertes de fonctionnement éventuelles, qui peuvent survenir à l'avenir. En conséquence, en dépit du Plan, les hôpitaux ne peuvent utiliser leur excédent de fonctionnement aux fins de leurs immobilisations.

Le Plan permet aussi la consolidation de toutes les recettes provenant des activités auxiliaires de l'hôpital (p. ex., la cantine, le stationnement, la location de bureaux, les surcharges du prix des chambres, l'assurance des accidents du travail) avec les

crédits provenant du ministère de la Santé. Comme toutes les recettes des hôpitaux, qu'elles proviennent du Ministère ou des activités auxiliaires, sont maintenant mélangées et servent à financer les dépenses de fonctionnement, il est difficile de savoir si l'excédent de l'hôpital provient des fonds du Ministère, des activités auxiliaires ou des deux. Les hôpitaux pourraient affirmer que les recettes nettes provenant de leurs activités auxiliaires, qui, dans certains cas, représentent plus de 30 pour 100 des recettes totales de l'hôpital, sont la source, en totalité ou en partie, de leur excédent de fonctionnement et que tous les crédits provenant du ministère de la Santé ont servi exclusivement aux fins du fonctionnement. Dans une telle situation, il est difficile et peut-être inutile de s'attendre à ce que l'on respecte l'esprit des crédits parlementaires.

La rédaction même du crédit empêche les hôpitaux de choisir librement leurs priorités en matière de dépenses. Nous prenons note du fait que les sommes provenant d'un crédit parlementaire sont limitées aux fins précisées dans le texte de ce crédit; toutefois, nous estimons que les crédits qui subventionnent les dépenses de fonctionnement des hôpitaux doivent permettre une certaine souplesse dans l'utilisation de ces fonds à condition que les hôpitaux continuent de respecter leur contrat social et que la justification des dépenses ne contrevienne pas à ce contrat.

Il va donc falloir rectifier les divergences techniques qui existent entre le Plan de gestion rationalisée, la définition d'un crédit parlementaire et les usages parlementaires dans le but d'éliminer la confusion qui existe à l'égard de l'utilisation des excédents aux fins des immobilisations. La *Loi sur les hôpitaux publics* doit donc permettre clairement l'utilisation des excédents de fonctionnement des hôpitaux à toutes les fins permises par le Plan.

La Loi doit cependant imposer des limites à la création et à l'utilisation des excédents de fonctionnement. Les hôpitaux font partie d'un réseau de services dont la raison d'être est de combler les besoins de la collectivité en matière de santé. À titre de maillon de ce réseau, les hôpitaux ne doivent pas pouvoir réduire

soit la teneur, soit la quantité des soins qu'ils dispensent afin de produire un excédent qu'ils veulent affecter à l'amélioration de leurs installations ou à l'acquisition de matériel supplémentaire.

En vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics* actuelle, les hôpitaux doivent faire approuver par le ministre leurs plans visant l'agrandissement de leurs immeubles ou de leurs installations. La Loi ne définit pas l'ampleur des projets qui doivent être soumis au Ministère, avec le résultat que même de petites rénovations doivent passer par ce processus. L'application stricte de cette exigence empêcherait l'entretien de base ou l'amélioration mineure des installations hospitalières. Dans les faits, toutefois, la plupart des hôpitaux ne soumettent pas ces petits travaux à l'approbation du Ministère et ce dernier n'exige pas d'être consulté à leur propos. Il serait utile de favoriser une démarche plus uniforme en définissant l'ampleur des projets d'immobilisations qui peuvent se passer de l'approbation du Ministère.

Recommandations :

Nous recommandons ce qui suit :

(6.10) Le ministère de la Santé devrait définir les fonds de fonctionnement excédentaires en tenant compte du besoin de l'hôpital d'accumuler des fonds pour les pertes de fonctionnement éventuelles, pour l'élaboration de programmes et pour les besoins en matière d'immobilisations.

(6.11) La *Loi sur les hôpitaux* devrait permettre aux hôpitaux d'utiliser les fonds de fonctionnement excédentaires à des fins d'immobilisations dans le cadre des plans approuvés.

(6.12) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait interdire aux hôpitaux de réduire des services afin d'améliorer ou d'élargir leurs installations, ou d'acquérir de l'équipement supplémentaire, à moins que cette réduction ne fasse partie d'un plan approuvé.

La gestion financière. La province ne peut laisser les hôpitaux déclarer faillite. Comme ces derniers semblent devenir en fait des mandataires de la Couronne, les hôpitaux doivent être tenus d'adopter une démarche prudente en matière de gestion financière.

Cette affirmation soulève plusieurs questions. La première est que la stabilité et la santé financière des hôpitaux exigent qu'ils puissent disposer d'un fonds de roulement solide. L'autre est que l'échéancier des versements provenant du ministère de la Santé entraîne parfois un manque à gagner à court terme. Les hôpitaux sont souvent dans l'obligation de financer de grands projets d'entretien ou de remplacement du matériel jusqu'à ce que leurs amortissements génèrent suffisamment de fonds. Par ailleurs, les hôpitaux doivent aussi financer des frais de démarrage des nouveaux programmes, services, processus de gestion et projets de recherche. Il faut donc que les hôpitaux puissent accumuler des fonds pour consolider leur fonds de roulement si l'on veut qu'ils aient la souplesse financière dont ils ont besoin pour gérer leurs services et leurs installations et qu'ils n'aient pas besoin d'emprunter et donc de payer les intérêts connexes.

De même, les hôpitaux ne doivent pas avoir le droit d'avoir un fonds de roulement très déficitaire. Ils ne doivent pas non plus avoir le droit d'accumuler des déficits de fonctionnement, qu'ils proviennent des services hospitaliers mêmes ou des activités auxiliaires, qui leur donnent un fonds de roulement déficitaire. Les frais de démarrage des programmes et des services et les pertes éventuelles des services auxiliaires ne doivent pas pouvoir mettre en danger la santé financière de l'hôpital. Les emprunts contractés aux fins des immobilisations ne doivent pas dépasser la capacité de l'hôpital d'assurer le service de sa dette.

Les hôpitaux doivent être libres de mener des campagnes de souscription compte tenu des pressions qu'on exerce sur eux pour qu'ils se procurent les fonds dont ils ont besoin pour financer leurs activités, particulièrement leurs immobilisations et la recherche. Il y va de l'intérêt général que les hôpitaux continuent d'avoir la

possibilité de se procurer ces fonds par le biais de leurs excédents de fonctionnement, de dons ou d'activités auxiliaires. Les fonds provenant de ces sources leur donnent la souplesse d'explorer des façons innovatrices de remplir leur contrat social.

Les hôpitaux doivent pouvoir, dans des limites établies, adopter des plans de financement leur permettant d'atteindre leurs objectifs, et ce, sans l'approbation préalable du Ministère. Pour réduire le risque de catastrophe financière, la province doit soit participer à l'évaluation des projets dépassant les limites susmentionnées, soit se réserver le droit d'approuver en dernier ressort l'importance et la nature des projets soumis par l'hôpital ou par un organisme qui lui est lié.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(6.14) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait permettre la mise en oeuvre des projets de financement pourvu qu'ils ne nuisent pas à la viabilité financière à long terme de l'hôpital et ce, dans des limites bien établies et sans l'autorisation du ministère de la Santé.

Les activités auxiliaires. Les activités auxiliaires offrent la possibilité de rehausser les services offerts par l'hôpital à la condition qu'elles respectent les principes d'une bonne gestion. Il est difficile de définir d'avance l'envergure que peuvent prendre les activités auxiliaires d'un hôpital. L'une des possibilités est de donner une expression large à l'expression «activités auxiliaires», et de l'accompagner d'une vérification réglementaire stricte. Une autre démarche consiste à lier directement les activités auxiliaires aux buts de l'hôpital en matière de services. En restreignant les activités auxiliaires à celles qui découlent directement de ces buts, on empêche les hôpitaux de s'aventurer dans des domaines où ils manquent d'expérience et on s'assure ainsi qu'ils ne subiront pas de pertes importantes. Conformément à ce principe, l'hôpital ne mettrait sur pied une activité auxiliaire que si elle contribue à la

situation financière de l'hôpital et si elle est liée aux objectifs en matière de santé que l'hôpital cherche à atteindre.

Les hôpitaux doivent donc conserver la possibilité de mettre sur pied des activités auxiliaires, mais à la condition seulement que ces derniers respectent le cadre suivant :

- L'activité auxiliaire découle logiquement des objectifs de l'hôpital en matière de service, tels que les décrivent le contrat social et le plan à long terme;
- la raison d'être commerciale de chaque activité auxiliaire dépassant une limite établie par les lignes directrices du Ministère est évaluée par une personne indépendante choisie par le ministère de la Santé et responsable devant lui, mais rémunérée par l'hôpital;
- l'évaluation est menée à la satisfaction du ministère de la Santé avant le début de l'activité auxiliaire et porte, entre autres, sur les éléments suivants :
  - une évaluation du risque que l'activité auxiliaire fait courir à la santé financière de l'hôpital en fonction de la probabilité d'événements défavorables,
  - une évaluation de l'ampleur des effets du ou des événements défavorables sur la situation financière de l'hôpital, et
  - une évaluation des politiques en matière d'établissement des prix de l'activité auxiliaire et de ses répercussions sur les entreprises de la région, afin d'assurer que les établissements du secteur public n'utilisent pas des crédits publics pour mener une concurrence déloyale au secteur privé;
- le projet est confié à une personne morale distincte pour faire en sorte de limiter la responsabilité à cette personne morale si, de l'avis de l'évaluateur indépendant, l'activité risque de menacer la viabilité financière à long terme de l'hôpital;

- le ministère de la Santé n'est responsable d'aucuns des frais associés aux activités auxiliaires;
- tous les organismes liés à l'hôpital sont tenus de rendre publiques toutes leurs activités;
- la *Loi sur les hôpitaux publics* précise les exigences minimales en matière d'information auxquelles sont astreints les organismes créés par les hôpitaux dans le but d'entreprendre des activités auxiliaires;
- l'information doit porter, au moins, sur les données financières, le nom des dirigeants et des administrateurs de l'organisme et la nature de ses rapports avec l'hôpital;
- les liens qui existent entre un hôpital public et un autre organisme sont définis par les principes comptables généralement reconnus; un organisme est donc réputé lié à un hôpital si ce dernier peut exercer, directement ou indirectement, sa maîtrise ou une influence déterminante sur les décisions de l'organisme en matière de fonctionnement ou sur le plan financier, ou si l'hôpital et l'organisme sont soumis tous les deux à la maîtrise ou à l'influence d'une même tierce partie;
- les activités auxiliaires dépassant les limites établies et menées par une personne morale distincte rendent publique la vérification à laquelle elles sont soumises à intervalles réguliers pour faire en sorte que toutes les opérations avec lien de dépendance sont raisonnables;
- le ministère de la Santé a le droit d'ordonner une évaluation indépendante des activités auxiliaires en ce qui a trait aux conséquences de leur fonctionnement sur celui de l'hôpital;
- les mécanismes de financement tiennent compte des disparités économiques entre les régions et des contraintes qui s'exercent sur certains hôpitaux en ce qui a trait à l'offre d'activités auxiliaires; en outre, le financement garantit l'équité d'accès aux services qui dépendront des fonds générés par les activités auxiliaires;
- les activités auxiliaires mettant en jeu des biens-fonds ou d'autres biens de l'hôpital au-delà d'une limite établie doivent faire l'objet d'une évaluation

indépendante et recevoir l'approbation du ministère de la Santé, comme c'est le cas des biens-fonds qui sont donnés en nantissement ou loués à long terme; et

- les avantages tirés d'une activité auxiliaire servent à des fins conformes au contrat social de l'hôpital.

Chaque fois qu'il est question d'une activité auxiliaire, le conseil d'administration a la responsabilité de peser minutieusement les avantages et les risques y afférents et de prendre ses décisions dans le plus grand respect de sa responsabilité à l'égard de l'intégrité financière de l'hôpital.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(6.15) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait donner à l'hôpital toute la latitude pour organiser des activités auxiliaires qui sont conformes aux objectifs de l'hôpital en matière de services.

6.3.4 La gestion du fonctionnement

La gestion s'intéresse avant tout à permettre la prestation efficace de soins aux malades. Une telle prestation exige, à tout le moins, la mise en oeuvre de processus efficaces de gestion permettant d'assurer les fonctions suivantes :

- l'organisation et l'encadrement de la prestation des services hospitaliers;
- la vérification du prix de revient de chaque unité de travail et de matériel utilisée par chaque service de l'hôpital dans la prestation des services ou dans la production des biens (gestion du prix de revient);
- l'évaluation, la surveillance et la vérification du nombre d'unités de travail et de matériel employées dans la prestation des services (gestion de la productivité);
- l'évaluation, la surveillance et la vérification du nombre des unités de service de chaque service utilisées dans chaque traitement offert aux malades (gestion de l'utilisation);

- la garantie de la suffisance de chaque traitement offert aux malades (gestion de l'utilisation);
- l'évaluation, la surveillance et la vérification du nombre de traitements offerts aux malades (gestion de la production); et
- l'évaluation, la surveillance et l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services et des soins offerts aux malades par l'hôpital (gestion de la qualité).

La direction ne pourra s'acquitter efficacement de ses responsabilités qu'en ayant les moyens d'influencer et, en fin de compte, de gérer tous les aspects des activités cliniques et non cliniques de l'hôpital.

6.3.5 L'information du conseil d'administration

Le conseil d'administration de l'hôpital assume la responsabilité ultime de l'efficacité avec laquelle l'établissement respecte son contrat social. Il incombe donc aux dirigeants de fournir au conseil les renseignements dont il a besoin pour s'acquitter de cette responsabilité. L'information du conseil d'administration par la direction doit porter sur les renseignements liés aux attributs suivants de l'efficacité[1] :

- L'orientation de la direction : la mesure dans laquelle les objectifs de l'organisme et des programmes qui le composent sont clairs, bien intégrés, bien compris et correctement incorporés au plan, à la structure, à la hiérarchie et au processus décisionnel de l'organisme.
- La pertinence : la mesure dans laquelle un programme continue de concorder aux problèmes et à la situation qui ont justifié son lancement
- La suffisance : la mesure dans laquelle la conception d'un programme ou de ses principaux éléments et l'importance des efforts qu'il requiert découlent logiquement des objectifs particuliers qu'on cherche à atteindre

---

[1] Tiré de «La communication et la vérification de l'information sur l'efficacité dans le secteur public : Rapport sommaire», Fondation canadienne pour la vérification intégrée, Ottawa (Ontario) 1987

- L'atteinte des résultats visés : la mesure dans laquelle l'organisme a pu atteindre ses buts et objectifs.
- L'acceptation : la mesure dans laquelle les groupes bénéficiaires que vise un programme le jugent satisfaisant.
- Les répercussions secondaires : la mesure dans laquelle il s'est produit des conséquences importantes, qu'on les ait prévues ou non et qu'elles soient favorables ou non.
- Le prix de revient et la productivité : la relation entre les intrants, les prix de revient et les extrants.
- La capacité de réagir : la capacité de l'organisme de s'adapter à l'évolution de facteurs tels que les marchés, la concurrence, les crédits disponibles ou les progrès techniques.
- Les résultats financiers : la concordance des recettes et des dépenses, leur comptabilité, la comptabilité de l'actif et du passif et leur évaluation.
- Le milieu de travail : la mesure dans laquelle l'organisme procure un milieu de travail adéquat à ses employés, leur offre de bonnes possibilités de perfectionnement et de progrès, et favorise leur engagement, leur esprit d'initiative et la sécurité.
- La protection de l'actif : la mesure dans laquelle les éléments d'actifs importants, tels que les sources d'approvisionnement, les biens précieux, le personnel clé, les ententes et les dossiers importants, sont protégés de façon à garantir l'organisme contre tout risque de perte susceptible de mettre en danger sa réussite, sa crédibilité, sa continuité, voire son existence.
- La surveillance et l'information : la mesure dans laquelle l'organisme peut cerner les questions principales relatives à son rendement et à sa solidité organisationnelle, en informer qui de droit et en surveiller l'évolution.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(6.16) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que les dirigeants présentent régulièrement au conseil d'administration des rapports complets qui fournissent des renseignements suffisants pour lui permettre d'assumer ses responsabilités concernant l'efficacité de l'hôpital.

6.3.6 La vérification de l'efficacité

Le conseil d'administration de l'hôpital est responsable devant la société de l'hôpital, la collectivité et les autres groupes de l'efficacité de l'organisme. Le conseil d'administration et les dirigeants sont tous deux responsables de la manière dont l'organisme réussit à combler les besoins de la collectivité en remplissant les conditions de son contrat social. La direction est chargée d'élaborer et de mettre en oeuvre les structures et les processus qui assurent le fonctionnement efficace de l'hôpital selon les orientations données par le conseil d'administration.

Dans le cas de la plupart des hôpitaux publics ontariens, la vérification prend la forme de la déclaration habituelle des vérificateurs, dans laquelle ces derniers donnent un avis sur la fidélité des états financiers de la société, leur uniformité et leur conformité aux principes comptables généralement reconnus. Le but de cette vérification est de donner aux membres de la société de l'hôpital un avis indépendant sur les états financiers de l'organisme.

Depuis quelques années, toutefois, plusieurs tentatives menées dans le secteur public visent à élargir la notion de vérification à l'examen de l'efficacité des organismes en ce qui a trait à l'accomplissement de leurs mandats. Dans le secteur privé, où le profit est le moteur principal, l'efficacité de l'organisme et sa gestion peuvent s'évaluer, en grande partie, en évaluant ses résultats financiers.

Dans le secteur public, toutefois, la performance financière ne suffit pas, en elle-même, à illustrer l'efficacité de l'organisme. Il faut donc élaborer des systèmes

qui donneront aux sociétés hospitalières et à leurs communautés les renseignements dont elles ont besoin pour évaluer l'efficacité de l'hôpital. La population a intérêt à ce que les hôpitaux subissent une forme quelconque de vérification indépendante de leur efficacité dans le cadre de l'évaluation de l'administration et de la gestion. La vérification de l'efficacité permettrait aussi de donner à ceux devant qui la direction de l'hôpital est responsable les renseignements dont ils ont besoin pour évaluer si la direction s'acquitte de ses responsabilités sur le plan de l'information.

En outre, les contrats sociaux viendront renforcer la responsabilité des hôpitaux publics devant leurs communautés. Il faudra donc créer un mécanisme qui permettra à la collectivité de s'assurer que l'hôpital remplit les conditions de son contrat. De même, il faudra un autre mécanisme qui permettra à la collectivité d'évaluer la mesure dans laquelle l'hôpital et les autres organismes de services sociaux et de santé remplissent leurs obligations respectives en vertu du contrat social. Il faudrait aussi qu'il existe un moyen indépendant d'examiner les progrès faits par les diverses parties en ce qui a trait au respect du contrat social de l'hôpital.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(6.17) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que le conseil d'administration fasse faire des vérifications annuelles des états financiers et des renseignements statistiques de l'hôpital.**

(6.18) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que le conseil d'administration fasse faire des évaluations indépendantes et périodiques de l'efficacité de l'organisme et de son respect du contrat social.**

6.4 LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

6.4.1 L'unification de la gestion

En ce qui a trait à la gestion des hôpitaux et aux méthodes de gestion, la *Loi sur les hôpitaux publics* actuelle ne parle que des fonctions du directeur général et de la structure organisationnelle du personnel médical des hôpitaux. En ce qui a trait au personnel médical, les règlements pris en application de la Loi prévoient les dispositions suivantes :

- le médecin chef, lorsque le poste existe, est nommé par le conseil d'administration;
- le médecin chef, lorsque le poste existe, est le président du comité médical consultatif;
- lorsqu'il n'existe pas de poste de médecin chef, le conseil d'administration nomme le président du comité médical consultatif;
- le comité médical consultatif relève du conseil d'administration (par l'intermédiaire du médecin chef ou de son président) en ce qui a trait à la pratique de la médecine dans l'hôpital; et
- le comité médical consultatif gère le processus de nomination des médecins et d'attribution de leurs droits, et il soumet des recommandations à ce propos directement au conseil d'administration.

Cette structure a permis aux conseils d'administration des hôpitaux de recueillir de bons conseils et de bonnes indications en ce qui a trait à la qualité des soins dispensés aux malades par l'hôpital et aux conséquences cliniques des décisions prises en matière de fonctionnement et d'immobilisations. Toutefois, elle ne permet pas l'établissement d'un lien organisationnel officiel entre le personnel médical et la gestion de l'hôpital. Chacun de ces groupes relève indépendamment du conseil d'administration. Les employés de l'hôpital relèvent du conseil d'administration par l'intermédiaire du président-directeur général, et le personnel médical fait de même par l'intermédiaire du médecin chef ou du président du comité médical consultatif. Une telle structure crée des divisions dans les processus de gestion de l'hôpital. Les

processus de gestion touchant aux programmes, aux services et aux soins médicaux risquent ainsi d'être isolés des processus de gestion qui touchent aux services et aux installations de l'hôpital.

En outre, cette structure ne permet pas de définir clairement les responsabilités des professionnels de la santé employés par l'hôpital. En gros, ces derniers sont responsables devant les dirigeants de l'hôpital, par l'intermédiaire du chef de leur service, de l'exécution de leurs fonctions et de leurs responsabilités à titre d'employé. Toutefois, lorsqu'ils s'occupent d'un malade, ils sont responsables devant ce dernier, par l'intermédiaire de son médecin, du choix et de la prestation de leurs services. Ces employés risquent de se retrouver dans une situation difficile si l'objectif premier des dirigeants de l'hôpital et de ses méthodes de gestion est de vérifier, voire de limiter l'utilisation des ressources tandis que le médecin du malade n'a pas reçu (ou n'a pas accepté) les mêmes directives de la part des dirigeants médicaux de l'hôpital. Une telle dichotomie entre les responsabilités des dirigeants et celles du personnel empêche la direction de contrôler et de diriger les affaires de l'hôpital.

Les liens entre l'hôpital et son personnel clinique se compliquent encore davantage si l'on tient compte de la compétence de l'organisme de réglementation de chaque profession. Toutes les activités de professionnels cliniques doivent respecter les obligations qu'ont les professionnels de la santé réglementés à l'égard de leur organisme de réglementation. Les exigences de ces organismes peuvent entrer en conflit, soit avec les directives données par le chef de service, soit avec les directives données par le médecin du malade, soit avec les deux. En fin de compte, toutefois, le professionnel doit respecter les exigences de son organisme de réglementation en ce qui a trait aux soins dispensés à chaque malade.

Les règlements pris en application de la Loi en vigueur actuellement n'exigent pas que le personnel médical participe aux décisions prises par les dirigeants, même si une telle participation se produit sous une forme ou sous une autre dans la plupart

des hôpitaux. Les méthodes et les structures officielles prévoient que le CMC soumet au conseil d'administration ses observations sur les répercussions des décisions de la direction sur la pratique de la médecine dans l'hôpital après que les décisions ont été prises. Ce rôle peut entraîner des conflits entre les dirigeants administratifs et les dirigeants de gestion médicale de l'hôpital. Parce qu'il n'existe aucune méthode de résolution de ces conflits au sein de la direction, ces conflits doivent souvent être soumis au conseil d'administration, qui ne devrait pas être tenu de les arbitrer.

Unifier la gestion. L'hôpital actuel a compris qu'il est souhaitable de réunir les décisions cliniques et opérationnelles au sein d'un ensemble unifié de processus de gestion, qui s'appuient sur une structure unifiée de gestion. La distinction entre les questions médicales (et les autres questions cliniques) et les questions de gestion sont maintenant passablement artificielles. Les décisions relatives à la pratique médicale, particulièrement à l'adoption de nouvelles méthodes d'intervention, de nouveaux médicaments et de nouvelles modalités de traitement, et à l'utilisation des ressources en matière de soins donnés aux malades ont des répercussions importantes sur les caractéristiques et le prix de revient du fonctionnement de l'hôpital. Les décisions relatives à la dotation en personnel et aux fournitures des services hospitaliers peuvent avoir des répercussions importantes sur la pratique médicale et l'accès aux services offerts par les hôpitaux. Il est essentiel, pour la réussite des hôpitaux, que ces sortes de décisions soient fondues à l'intérieur d'un ensemble unifié des processus de gestion. Les dirigeants de l'hôpital ne peuvent être tenus responsable de la qualité, de l'efficacité, de l'efficience et du coût du fonctionnement de l'hôpital si les affaires et la pratique médicales continuent d'être gérées au moyen de structures et de méthodes distinctes et indépendantes.

En outre, comme le fonctionnement et les soins hospitaliers deviennent plus complexes et les ressources plus limitées, il est important que le personnel médical (et tous les professionnels de la santé) se sensibilisent et participent davantage à tous les aspects de la gestion de l'hôpital. Les hôpitaux commencent à examiner

l'efficacité non seulement des services hospitaliers, mais aussi des méthodes et des programmes médicaux, de même que de la manière dont ils intègrent les services offerts par les services médicaux dans le traitement des différentes catégories de malades. Le personnel clinique doit participer non seulement à la discussion, mais aussi aux décisions qui touchent directement leur pratique clinique et les soins dispensés aux malades.

De nombreux hôpitaux ontariens se sont déjà dotés de nouvelles structures qui permettent la participation directe du personnel médical (et de celui des autres disciplines cliniques) à un processus unifié de gestion. Toutefois, même dans ces hôpitaux, la loi actuelle et ses règlements maintiennent une structure dédoublée de gestion.

Ces nouvelles structures, voire des structures imposées par la loi ou les règlements, fonctionnent relativement bien lorsqu'il existe de bons rapports de travail entre les dirigeants et le personnel médical, d'une part et, d'autre part, entre le président-directeur général et le médecin chef. Une telle situation permet de résoudre les problèmes avant qu'ils ne parviennent au conseil d'administration. Toutefois, si le différend n'est pas résolu, le conseil est forcé de jouer le rôle d'arbitre et d'assumer le rôle de dirigeant en tentant de le résoudre au moyen des décisions qui s'imposent. Il ne convient pas que le conseil d'administration joue ce rôle.

Pour s'acquitter de leur responsabilité, qui est d'assurer la prestation efficace des soins aux malades, les dirigeants doivent établir des processus qui leur permettront d'influer sur les activités cliniques et non cliniques de l'hôpital et, en dernier ressort, de les diriger. Les processus de gestion relatifs aux activités cliniques ne sont efficaces que s'ils font appel à la participation du personnel clinique et il est tout probable qu'ils ressembleront aux méthodes utilisées présentement par le médecin chef de l'hôpital et le CMC. Ces processus préciseront des lignes directrices visant la bonne utilisation des ressources de l'hôpital dans les soins dispensés aux

malades, ainsi que des mécanismes permettant de surveiller l'utilisation réelle qui est faite de ces ressources et le respect des lignes directrices. Sauf dans les questions relatives à la déontologie et la compétence, et alors seulement après une consultation suffisante des professionnels, les dirigeants ne doivent pas intervenir directement dans les décisions cliniques touchant les soins dispensés à un malade particulier. Le seul but de l'intervention des dirigeants dans ces questions doit être d'assurer le respect des lignes directrices. Tous les processus de gestion touchant à l'activité clinique doivent tenir compte des exigences de l'organisme de réglementation de la profession clinique concernée et être conformes à ces exigences.

La gestion de l'interaction entre les activités cliniques et non cliniques ne sera efficace que si les structures et les processus en vigueur garantissent la participation commune du personnel clinique et non clinique au processus décisionnel de l'hôpital. Une participation commune efficace exige l'unification de la direction de l'hôpital, qui, à son tour, exige la création d'une seule structure de gestion, placée sous la direction d'une seule personne. La *Loi sur les hôpitaux publics* doit donc encourager la mise sur pied d'un processus de gestion unifié qui fasse appel à la participation du personnel clinique et non clinique et qui soit placé sous la direction du président-directeur général (PDG).

Recommandations :

Nous recommandons ce qui suit :

(6.19) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que le conseil d'administration fasse faire des évaluations indépendantes et périodiques de l'efficacité de l'organisme et de son respect du contrat social.**

(6.20) **La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que le président-directeur général (PDG) soit responsable, auprès du conseil d'administration, de tous les aspects reliés à la gestion de l'hôpital ainsi que de l'utilisation des ressources cliniques et de la qualité des services cliniques.**

6.4.2 Les hauts-dirigeants de l'hôpital

La loi ne doit pas préciser la structure organisationnelle des hôpitaux sous le niveau de PDG si l'on veut que chaque hôpital puisse s'adapter à sa propre situation. Toutefois, la structure de gestion d'un hôpital doit quand même posséder certaines caractéristiques structurelles et donner lieu à une dynamique interne précise. Mentionnons, à ce titre, les éléments suivants :

- Les hauts-dirigeants de l'hôpital ne doivent pas être membres du conseil d'administration; ils doivent toutefois assister de leurs conseils le processus d'administration, participer librement aux réunions du conseil d'administration et en soutenir les activités;
- le processus de sélection des hauts-dirigeants doit faire appel à la participation des intervenants pertinents;
- le PDG est responsable devant le conseil d'administration et doit être nommé par ce dernier, après consultation des intervenants internes et externes;
- les autres hauts-dirigeants de l'hôpital sont responsables devant le PDG général et doivent être nommés par le conseil d'administration sur la recommandation du PDG et après consultation des intervenants internes et, le cas échéant, externes; et
- les structures et les processus de gestion de l'hôpital doivent favoriser la participation et la communication du personnel clinique et non clinique et des autres intervenants internes et externes.

En vertu de la structure que nous proposons, le PDG est responsable devant le Conseil d'administration de tous les aspects de la gestion de l'hôpital. La *Loi sur les hôpitaux publics* doit exiger que les hôpitaux nomment les hauts-dirigeants qui seront responsables, en compagnie du PDG, de l'utilisation des ressources et de la qualité des soins dispensés par les professionnels. Le règlement intérieur de l'hôpital doit préciser les qualités requises de ces hauts-dirigeants. Cela permettra de minimiser le risque de décisions arbitraires et constituera le cadre d'un processus

décisionnel fondé sur la consultation. Toutefois, comme dans toutes les décisions en matière de gestion, la responsabilité et l'autorité sont, en dernier ressort, l'apanage du PDG.

Dans la plupart des cas, le dirigeant le plus susceptible de participer à ces processus en compagnie du président-directeur général possédera des antécédents cliniques; toutefois, les qualités requises de ce dirigeant seront définies par chaque hôpital en tenant compte de la situation et des besoins locaux au lieu d'être définis, soit dans la loi, soit par le Ministère. La fonction de haut-dirigeant est cependant semblable à l'une des responsabilités qu'assume actuellement le médecin chef dans de nombreux hôpitaux.

Il importe de faire une distinction entre les responsabilités des dirigeants en ce qui a trait à l'utilisation des ressources ou à la qualité des soins dans le cadre de la démarche unifiée en matière de gestion que nous proposons et les responsabilités du comité médical consultatif et du médecin chef en vertu de la Loi et des règlements actuels, particulièrement en ce qui a trait aux soins dispensés aux malades. En vertu de la démarche unifiée en matière de gestion, le PDG est responsable de la gestion de l'utilisation des ressources et de la qualité des soins. Toutefois, la responsabilité de la gestion réelle de ces activités dans le but de répondre aux besoins du malade peut être déléguée au chef de service ou à son équivalent. Les décisions en matière de gestion concernant l'utilisation des ressources et la qualité des soins auront un effet sur la pratique professionnelle du personnel clinique de l'hôpital. Dans ce cas, il sera important de veiller à alimenter le processus décisionnel des renseignements cliniques pertinents et d'éviter que le processus soit arbitraire.

Recommandations :

Nous recommandons ce qui suit :

(6.21) La *Loi sur les hôpitaux publics* ne devrait pas définir la structure organisationnelle d'un hôpital sous le niveau de PDG.

(6.22) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait indiquer qu'il incombe au PDG de voir à ce que la structure et le processus de gestion assurent la responsabilité, la participation et la communication entre les professionnels, les employés et les intervenants.

(6.23) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que les hôpitaux établissent, par résolution ou par règlement, un processus de sélection des dirigeants qui favorise la participation des intervenants.

(6.24) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait indiquer que le conseil d'administration est responsable de la nomination du PDG et, sur la recommandation de ce dernier, de la nomination des autres dirigeants.

(6.25) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que le conseil d'administration de l'hôpital nomme au moins un dirigeant qui sera responsable avec le PDG de l'utilisation des ressources et de la qualité des soins fournis par les professionnels.

(6.26) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que les hôpitaux indiquent, dans leurs règlements, les compétences des dirigeants qui sont responsables avec le PDG de l'utilisation des ressources et de la qualité des soins.

6.4.3 Les comités consultatifs de la direction

Il serait souhaitable que la *Loi sur les hôpitaux publics* donne au personnel de l'hôpital une possibilité égale de participer efficacement au fonctionnement de l'hôpital. Les processus de gestion de l'hôpital doivent donc prévoir et favoriser la participation de tout le personnel. Les processus et les décisions qui touchent à l'activité clinique et, éventuellement, à la qualité des soins cliniques doivent pouvoir se fonder sur les conseils et la participation du personnel clinique. Il convient donc

de constituer des comités de professionnels de la santé, chargés de fournir des renseignements et des conseils aux dirigeants.

À l'avenir, les processus cliniques et de soins de santé des hôpitaux seront la responsabilité et la préoccupation d'un certain nombre de professions de la santé. Déjà, il existe une grande diversité de disciplines qui sont, à juste titre, appelées à participer aux soins dispensés aux malades par l'hôpital. Résultat : les conséquences cliniques des décisions en matière de gestion doivent faire appel aux points de vue communs et interactifs des diverses disciplines représentées dans l'hôpital, soit par des employés, soit par des professionnels autonomes, nommés au sein du personnel clinique de l'hôpital. En outre, il y va de l'intérêt général que chaque hôpital s'engage à adopter une démarche multidisciplinaire en matière de traitements et de soins et que cet engagement se retrouve dans les structures et les processus de fonctionnement et de gestion.

Les processus de gestion de l'hôpital doivent bénéficier des conseils fournis grâce à un cadre multidisciplinaire. Les questions liées à ces aspects du fonctionnement de l'hôpital ne sont pas toutes de nature clinique et leur analyse ne doit pas se limiter à un point de vue clinique. Tout le personnel de l'hôpital, et non seulement le personnel clinique, a un intérêt dans ces décisions. Tout le personnel doit donc avoir la possibilité de participer aux comités saisis des aspects cliniques et non cliniques du fonctionnement de l'hôpital et d'y voir leurs points de vue exprimés. Les dirigeants mettront donc sur pied des comités qui les conseilleront sur les aspects suivants du fonctionnement de l'hôpital.

- L'amélioration de la qualité, notamment :
  - L'assurance de la qualité
  - La gestion de l'utilisation
  - Les protocoles cliniques
- La pharmacie et la thérapeutique
- La déontologie
- Les dossiers cliniques

- La répartition des ressources
- La planification des ressources humaines cliniques.

Ces comités auront pour tâche de soumettre aux dirigeants leurs observations sur les mesures que ces derniers envisagent et de proposer les améliorations qu'il serait possible d'y apporter. Ils pourraient aussi recommander des mesures aux dirigeants. Enfin, ceux-ci pourraient leur déléguer la responsabilité de diriger la mise en oeuvre d'un processus, d'un service ou d'un programme, ou encore de gérer un processus lié à leur mandat.

La structure multidisciplinaire doit s'accompagner de structures particulières à chaque discipline, chargées de l'encadrement clinique de chaque profession de la santé. Chaque discipline constituera donc un comité chargé des questions d'encadrement clinique telles que :

- la délivrance des titres et des certificats,
- les règlements,
- l'examen par les pairs,
- la qualité des soins, et
- la discipline.

Ces comités particuliers à chaque discipline seraient chargés de la délivrance des titres et des certificats et de la surveillance de la qualité des professionnels de leur discipline pratiquant dans l'hôpital. Ils informeraient de leurs conclusions le chef de service concerné. Sur demande, ils conseilleraient aussi le chef de service, le gestionnaire ou le haut-dirigeant intéressé en ce qui a trait aux règlements régissant la pratique de leur profession dans l'hôpital et la discipline des professionnels visés.

Dans certains cas, il se peut que l'hôpital ne compte pas assez de professionnels d'une même discipline pour pouvoir constituer un comité interne. Il serait alors possible de constituer des comités externes, chargés de fournir l'encadrement nécessaire. Ces comités externes pourraient être constitués par un groupe

d'hôpitaux, par un organisme de réglementation, par un établissement d'enseignement ou par des experts-conseils. L'important est que les cliniciens de l'hôpital soient encadrés par des membres de leur propre discipline.

Dans le contexte d'une structure unifiée de gestion, les comités multidisciplinaires et particuliers à chaque discipline font en sorte que le personnel clinique bénéficie d'un meilleur accès et d'une plus grande participation aux décisions de la gestion de l'hôpital et que ce personnel continue d'avoir la responsabilité principale de la supervision des activités cliniques de chaque profession de la santé présente dans l'hôpital.

Recommandations :

Nous recommandons ce qui suit :

(6.27) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que les hôpitaux établissent un ou plusieurs comités du personnel afin de conseiller la direction sur les questions suivantes :

- l'amélioration de la qualité :
  - la gestion de l'utilisation;
  - les dossiers médicaux; et
  - l'assurance de la qualité;
- la déontologie;
- les protocoles cliniques;
- la pharmacie et la thérapeutique;
- la répartition des ressources;
- la planification des ressources humaines.

(6.28) La *Loi sur les hôpitaux publics* devrait exiger que les hôpitaux établissent des comités particuliers pour chaque profession afin de conseiller la direction sur les questions suivantes :

- la délivrance de titres et certificats;
- la qualité des soins;
- l'examen par les pairs;
- les règlements;
- la discipline.

CHAPITRE 7 LES NOMINATIONS ET LES DROITS

7.1 INTRODUCTION

Le cadre des relations entre l'hôpital et les professionnels dans le contexte de la présente Loi sur les hôpitaux publics met l'accent sur les rôles et les responsabilités des médecins. Malgré les raisons historiques rattachées au rôle actuel joué par la profession médicale dans les affaires de l'hôpital, ce cadre devrait maintenant être modifié afin de refléter l'interdépendance, les aptitudes et les contributions de toutes les professions médicales dans la prestation de services de santé de haute qualité au malade. La Loi sur les hôpitaux publics et ses règlements devraient être récrits pour que puissent être mis en pratique les nouveaux modèles de services de santé multidisciplinaires et interdisciplinaires.

7.2 L'ACCÈS DES PROFESSIONNELS AUX HÔPITAUX

À l'heure actuelle, l'accès aux installations hospitalières est limité aux malades de médecins et de dentistes. Il se peut que, dans l'avenir, il soit approprié que les autres professionnels de la santé réglementés puissent avoir accès aux ressources de l'hôpital au nom de leurs malades. Les professionnels de la santé réglementés, qui ne sont pas employés par l'hôpital, devraient pouvoir présenter une demande d'accès aux ressources de l'hôpital sans recevoir l'approbation ou le parrainage d'un autre professionnel de la santé réglementé. Une fois que l'accès a été accordé, ils devraient pouvoir demander des services pour leurs malades de façon indépendante.

Par contre, la loi devrait faire une distinction entre les divers niveaux d'accès aux ressources de l'hôpital. Les professionnels de la santé réglementés devraient obtenir l'accès aux ressources de l'hôpital à l'une ou l'autre des fins suivantes :

- le traitement des malades en clinique externe;
- le traitement des malades hospitalisés;
- l'inscription des malades en clinique externe;
- l'admission des malades;

Les professionnels de la santé réglementés devraient pouvoir présenter une demande pour les différents niveaux d'accès aux diverses ressources de l'hôpital, selon leur champ de pratique. Ces niveaux d'accès comprendraient aussi bien l'accès aux installations de diagnostic pour les malades en clinique externe que l'accès aux ressources pour traiter les malades hospitalisés (admis par un autre professionnel) et le droit d'admettre des malades.

Par exemple, les chiropraticiens peuvent avoir besoin d'accéder aux services d'imagerie diagnostique pour les malades en clinique externe. De plus, des services chiropratiques peuvent également être nécessaires dans le cadre du traitement de malades admis par d'autres professionnels de la santé réglementés. Cependant, il se peut que les chiropraticiens n'aient pas besoin d'admettre leurs malades à l'hôpital pour des traitements chiropratiques. Par contre, les sages-femmes auront besoin du droit d'admettre les malades parce que le champ de pratique d'une sage-femme consiste «... à évaluer, à surveiller et à dispenser des soins pendant une grossesse normale, un accouchement normal et la suite de couches normales, et à pratiquer des accouchements normaux et spontanés par voie vaginale». Puisqu'en Ontario la majorité des accouchements se font habituellement à l'hôpital, les droits dont ont besoin les sages-femmes, lorsqu'elles sont nommées membres du personnel hospitalier, devront comprendre l'admission, les soins et la mise en congé.

L'un des tests qui peut aider à élaborer des critères pour accorder l'accès aux ressources de l'hôpital consiste à savoir si l'hôpital, dans le rôle défini dans son contrat social, est un endroit important pour l'exercice du champ de pratique du professionnel de la santé réglementé qui cherche à être nommé et à recevoir des droits.

Recommandations :

Nous recommandons ce qui suit :

(7.01) La Loi sur les hôpitaux publics devrait permettre aux professionnels de la santé non réglementés de présenter une demande d'accès aux ressources de l'hôpital conformément à leurs champs de pratique.

(7.02) La Loi sur les hôpitaux publics devrait faire une différence entre accorder l'accès aux ressources de l'hôpital pour le traitement des malades externes, le traitement des malades hospitalisés, l'inscription des malades externes et l'admission des malades.

7.2.1 Les nominations, les droits et la délivrance de titres et de certificats

Le rôle d'un hôpital dans le traitement et le soin des membres de la collectivité est défini par le nombre et le genre de professionnels de la santé qui ont accès aux ressources de l'hôpital et la nature de leur pratique. Par conséquent, les caractéristiques des professionnels de la santé qui sont nommés membres du personnel de l'hôpital devraient refléter le contrat social de l'hôpital avec la collectivité.

Les nominations. Le terme «nomination» devrait être défini de sorte qu'il reflète les relations obligatoires et contractuelles entre un professionnel de la santé réglementé, qui n'est pas à l'emploi d'un hôpital, et la société en charge de l'hôpital, lorsqu'un professionnel obtient l'accès aux ressources hospitalières.

Les droits. Lorsqu'un professionnel de la santé réglementé qui n'est pas à l'emploi d'un hôpital est «nommé» membre du personnel de cet hôpital, les ressources particulières de l'hôpital auxquelles il aura accès dépendront du niveau d'accès et des conditions (droits) indiqués lors de la nomination. Le terme «droits» devrait être défini de façon à faire mention du niveau d'accès et des procédures, thérapies et

ressources connexes particulières qui peuvent être utilisées, conformément au champ de pratique du professionnel de la santé.

Les obligations. Il est raisonnable d'imposer des obligations aux professionnels de la santé réglementés en retour du droit d'utiliser les ressources de l'hôpital. Le terme «obligations» comprend souvent les activités cliniques, comme le travail aux étages ou à l'urgence, la participation aux activités des comités de l'hôpital, l'enseignement et la recherche. En Ontario, il est pratique courante d'imposer de telles obligations au moyen de mécanismes de gestion interne, normalement par les règlements administratifs de la société et les règlements du conseil des médecins. Même si les professionnels de la santé réglementés nommés membres du personnel de l'hôpital devraient satisfaire aux exigences de l'organisme visant leur participation aux fonctions de gestion et cliniques, les «obligations» en tant que condition de la nomination ne font pas partie de la loi. La pratique actuelle est acceptable. Cependant, on remarque qu'en définissant «nomination» comme une relation contractuelle, le champ et le fondement nécessaires au concept d'obligations réciproques sont présents.

La mise en oeuvre de ce concept nécessitera que les deux parties aient des attentes et des demandes raisonnables. Les professionnels doivent être disposés à donner de leur temps et à fournir l'effort nécessaire pour soutenir les activités cliniques, de gestion et d'éducation de l'hôpital. De plus, l'hôpital doit avoir des exigences raisonnables quant à la participation du personnel médical. Les obligations devraient favoriser la participation; elles ne doivent pas comprendre le partage des frais professionnels ou des paiements avec l'hôpital en échange ou comme condition de la nomination.

La délivrance de titres et de certificats. La première étape de la nomination (ou l'embauche) d'un professionnel de la santé réglementé est le processus de délivrance de titres et de certificats. La délivrance de titres comprend la vérification des compétences et de l'expérience des professionnels de la santé réglementés. La

seule exigence concernant la délivrance de titres et certificats indiquée dans la loi actuelle est que le comité médical consultatif étudie les demandes et présente ses recommandations au conseil concernant la nomination ou le renouvellement de la nomination des médecins et des dentistes. À cause de cette exigence, les hôpitaux ont une expérience considérable dans la délivrance de titres et certificats au personnel médical. Cette expérience, moyennant les modifications appropriées, se prêtera à la création d'un modèle pour le processus de délivrance pour tous les professionnels de la santé réglementés qui veulent être nommés, nommés à nouveau et engagés par l'hôpital.

7.2.2 Les nominations et les employés de l'hôpital

Il découle des définitions proposées de nomination et de droits que les professionnels de la santé réglementés employés par un hôpital ne seraient pas «nommés» membres du personnel de l'hôpital mais deviendraient membres du personnel en raison de leur engagement.

Cependant, la question n'est pas si simple. À l'heure actuelle, les médecins qui sont employés par l'hôpital sont également nommés membres du personnel médical. En effet, les médecins qui sont dans cette position ont le double statut d'employé de l'hôpital et de membre du personnel nommé. Ce double statut semble incohérent, et serait irréalisable s'il était élargi pour comprendre tous les professionnels de la santé réglementés employés par l'hôpital. Cependant, il semble également injuste de retirer arbitrairement le statut de la nomination ainsi que les protections et les droits légaux connexes d'un groupe de médecins. Le comité a été incapable de prendre une décision sur cette question. Par contre, le jugement général, s'il n'est pas unanime, était que les nominations et les privilèges devraient être restreints aux professionnels de la santé qui ne sont pas à l'emploi de l'hôpital.

Étant donné la distinction faite entre les professionnels de la santé employés par l'hôpital et ceux qui ne le sont pas, il y aura nécessairement une différence d'une personne à l'autre dans le processus d'octroi de l'accès aux ressources d'un hôpital.

Chaque personne arrivera à l'hôpital par un chemin différent mais non inégal. Les méthodes d'engagement devraient être parallèles, les exigences professionnelles devraient être équivalentes et le processus de délivrance de titres et certificats devrait être aussi rigoureux pour un groupe que pour l'autre.

Recommandations

Nous recommandons ce qui suit :

(7.03) **La Loi sur les hôpitaux publics devrait définir le terme «nomination» pour référer aux relations obligatoires et contractuelles entre les professionnels de la santé non employés par l'hôpital et la corporation de l'hôpital, de manière à accorder à ces professionnels l'accès aux ressources de l'hôpital.**

(7.04) **La Loi sur les hôpitaux publics devrait définir le terme «droits» pour référer aux procédures et aux thérapies particulières que les professionnels de la santé réglementés non employés par l'hôpital ont le droit d'exécuter compte tenu de ses champs de pratique.**

(7.05) **La Loi sur les hôpitaux publics devrait interdire le partage des frais professionnels ou les paiements avec un hôpital comme condition ou en échange de la nomination comme membre du personnel de l'hôpital ou de tout autre privilège particulier dans l'hôpital.**

(7.06) **La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les hôpitaux établissent des règlements et des procédures concernant la délivrance de titres et certificats de tous les professionnels de la santé réglementés qui désirent être nommés, nommés à nouveau ou engagés.**

7.3 LA GESTION DE L'ACCÈS AUX HÔPITAUX

La distinction entre direction et gestion devrait se rapporter aux nominations et aux droits. La direction a la responsabilité de définir la mission et le rôle de l'hôpital et de voir au respect du contrat social. Dans l'exercice de ses fonctions, le conseil sera également en mesure de définir le profil actuel et futur de l'hôpital; il déterminera, indirectement, le nombre, le genre et le champ de services des professionnels de la santé qui devraient travailler à l'hôpital ainsi que leurs droits. Même si le conseil devrait avoir la responsabilité ultime de la nomination et de l'embauche du personnel de l'hôpital, il ne devrait pas participer au processus. La responsabilité de la nomination et de l'embauche de professionnels de la santé devrait être déléguée aux dirigeants.

Recommandation

Nous recommandons ce qui suit :

(7.07) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que le conseil d'administration a la responsabilité ultime des nominations, qu'elle a déléguée aux dirigeants, ainsi que de la description des droits pour les professionnels de la santé réglementés.

7.3.1 Le programme de ressources humaines

La stratégie des dirigeants pour réaliser la mission de l'hôpital et pour accomplir son contrat social devrait comprendre l'élaboration et la mise en oeuvre d'un programme de ressources humaines cliniques. Ce programme devrait comprendre une stratégie visant à obtenir le genre et le nombre de professionnels de la santé nécessaires à la réalisation du rôle souhaité de l'hôpital. Le programme de ressources humaines ainsi que tous les processus décisionnels des directeurs devraient être élaborés avec la participation du personnel médical et non médical de l'hôpital, y compris les comités consultatifs particuliers aux professions et les chefs des différents services médicaux.

Recommandation

Nous recommandons ce qui suit :

(7.08) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que l'hôpital élabore un programme de ressources humaines indiquant la proportion, le nombre et le genre de services des professionnels de la santé réglementés qui obtiendront l'accès aux ressources de l'hôpital, afin de permettre à l'hôpital de satisfaire à ses engagements en vertu du contrat social.

7.3.2 Le processus de gestion de l'accès aux ressources de l'hôpital

Les nominations et les renouvellements de nomination des professionnels de la santé ainsi que les descriptions des droits sont des fonctions importantes d'une structure de gestion unifiée. Les décisions relatives à ces fonctions doivent être prises en tenant compte du contrat social de l'hôpital et des programmes de ressources humaines connexes. Nous avons recommandé que, lorsque le nombre le justifie, des comités consultatifs particuliers sur les professions soient mis sur pied afin de conseiller les dirigeants de l'hôpital sur les nominations, les renouvellements de nomination, les droits, la délivrance de titres et certificats, l'examen par les pairs et les questions disciplinaires; lorsque le nombre est insuffisant pour la création d'un comité interne, un comité externe ou une autre forme comparable d'organisme devrait être mis sur pied pour aider les dirigeants sur ces questions.

Par conséquent, une demande de nomination, de renouvellement de nomination ou de modification des droits provenant des professionnels de la santé réglementés devrait être renvoyée au comité consultatif professionnel particulier pour qu'il en prenne connaissance. Le comité présenterait au PDG des recommandations sur toute décision concernant la demande. De concert avec l'agent de direction responsable, avec le PDG, des décisions sur les nominations et les droits, le PDG pourrait examiner les recommandations et, ensuite, prendre une décision. Le PDG devrait prendre la décision finale concernant la nomination d'un professionnel de la santé réglementé au sein de l'équipe médicale de l'hôpital, sous réserve des droits d'appel.

Lorsque le comité consultatif particulier sur les professions recommande la nomination mais que le PDG, après avoir consulté les agents de direction désignés, a l'intention de rejeter les recommandations ou d'agir différemment des recommandations, le comité consultatif et le demandeur devrait recevoir un avis et une explication. Dans les cas où les comités consultatifs particuliers sur les professions ne recommandent pas la nomination et que le PDG, après avoir consulté les agents de direction désignés, est d'accord avec la recommandation, le demandeur devrait recevoir un avis de la recommandation du comité consultatif et avoir le droit de recevoir une explication sur la recommandation, s'il le demande. De plus, les demandeurs devraient avoir le droit de présenter une demande écrite au PDG avant que les dirigeants prennent leur décision finale.

Dans les cas où le comité consultatif particulier sur les professions ne recommandent pas la nomination, tandis que le PDG, après avoir consulté les agents de direction désignés, a l'intention d'accorder la nomination (ou d'agir différemment des recommandations), le comité consultatif et le conseil devraient recevoir un avis et une explication et le demandeur devrait recevoir un avis.

Ce processus ne fournit pas un mécanisme légal visant à modifier les décisions du PDG. Cependant, si le PDG devait toujours ignorer les conseils du comité consultatif particulier sur les professions ou s'il devait prendre des décisions auxquelles le conseil s'oppose, le conseil remplacerait probablement le PDG.

La participation des demandeurs. Les personnes qui présentent une demande de nomination ou de renouvellement de nomination devraient recevoir un avis de la recommandation du comité consultatif particulier sur les professions et elles devraient avoir le droit de recevoir une explication sur la recommandation, si elles le désirent. Elles devraient également avoir le droit de présenter des demandes écrites au PDG et à l'agent de direction désigné dans le but de soutenir leur demande avant que la décision finale ne soit prise sur la recommandation du comité consultatif. Le

processus décisionnel des dirigeants devrait fournir suffisamment de temps pour que le demandeur puisse présenter sa demande.

Recommandations

Nous recommandons ce qui suit :

(7.09) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que les nominations, les renouvellements de nomination et l'embauche sont faits dans le cadre du contrat social de l'hôpital et du programme de ressources humaines.

(7.10) La Loi sur les hôpitaux publics devrait préciser les procédures que les professionnels de la santé réglementés non employés par l'hôpital devraient utiliser pour présenter une demande de nomination, de renouvellement de nomination et de droits, et les procédures que l'hôpital devrait suivre pour répondre à ces demandes.

(7.11) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que ce sont les dirigeants qui sont responsables des suspensions et de l'annulation des nominations, et des modifications aux droits.

7.3.3. Les points à prendre en compte lors des nominations

Les dirigeants devraient prendre en considération les demandes de nomination en tenant compte du contrat social de l'hôpital et du programme connexe de ressources humaines. Il serait approprié de refuser la demande d'une personne si elle n'était pas conforme avec ce dernier. Voici quelques exemples de ce genre de nomination :

- le programme de ressources humaines de l'hôpital prévoit un nombre particulier de nominations mais il n'y a pas de poste libre parmi de telles nominations;
- le programme de ressources humaines de l'hôpital ne prévoit pas de nomination pour la profession du demandeur; et

- l'hôpital est incapable financièrement de respecter son échéancier pour la mise en oeuvre de son programme de ressources humaines.

Même si la loi actuelle n'expose pas ce principe, la Commission d'appel des hôpitaux et les tribunaux ont maintenu le concept de motifs raisonnables et valables reliés aux ressources humaines pour refuser les demandes de nominations initiales. La Commission a examiné le manque de concordance d'une demande de nomination avec le programme de ressources humaines de l'hôpital (le programme d'embauche d'employés médicaux) et a jugé ces motifs satisfaisants pour un rejet. Cependant, une personne dont la demande a été refusée pour des motifs reliés aux ressources humaines et qui croit que ces motifs n'étaient pas raisonnables ou valables, devrait pouvoir interjeter appel de la question du caractère raisonnable et valable des motifs devant la Commission d'appel des hôpitaux. Cependant, si la Commission trouve que les motifs fournis concernant les ressources humaines étaient raisonnables et valables, le refus de la demande initiale serait maintenu.

7.3.4 **Les points à prendre en compte lors des renouvellements de nomination**

Comme les objectifs et les programmes de l'hôpital changent avec le temps, les dirigeants devraient évaluer l'à-propos du contrat social, des programmes et des stratégies de l'hôpital ainsi que le programme de ressources humaines. En tant que partie intégrante du processus de renouvellement des nominations, les comités particuliers sur les professions devraient conseiller les dirigeants sur les modifications des conditions de nomination ou des droits des cliniciens particuliers qui sont devenus nécessaires à la suite des changements survenus dans le programme de ressources humaines cliniques de l'hôpital.

Les dirigeants peuvent alors décider de modifier les droits ou de refuser de renouveler la nomination d'un professionnel de la santé réglementé. Ce genre de mesure est approprié si elle est fondée sur des modifications survenues au programme de ressources humaines cliniques qui sont raisonnables, et sur des modifications appropriées et nécessaires apportées au contrat social de l'hôpital et

qui ne sont pas arbitraires ou motivées par des considérations non appropriées. La justesse de ces mesures est également fondée sur la prémisse qu'un processus public juste a été établi par la Loi sur les hôpitaux publics pour l'élaboration et la modification du contrat social de l'hôpital.

Puisque ce genre de décisions a un effet important sur la capacité du professionnel de pratiquer et de gagner sa vie, un avis raisonnable de la décision devrait être fourni. Un des facteurs qui concerne l'avis raisonnable sera la capacité de la personne de déménager. Dans certains cas, il peut être difficile pour une personne de déménager et, par conséquent, un avis raisonnable pourrait être une période prolongée. De plus, toutes les personnes dont les demandes de renouvellement de nomination sont refusées ou dont les privilèges sont modifiés devraient avoir le droit d'interjeter appel devant le conseil de l'hôpital ou devant la Commission d'appel des hôpitaux.

De plus, les dirigeants devraient avoir la capacité de restreindre les droits, ou de ne pas renouveler la nomination, pour des motifs d'incompétence, de négligence ou d'inconduite de la part d'un professionnel de la santé réglementé qui n'est pas à l'emploi de l'hôpital.

En vertu de la loi actuelle, lorsqu'une demande annuelle de renouvellement de nomination est refusée, les nominations et les droits restent en vigueur lors des instances d'appel. La nouvelle loi devrait reprendre cette disposition.

7.3.5 Les points à prendre en compte lors des modifications des droits au cours du mandat

En vertu de la loi actuelle, toute révocation, suspension ou modification des droits au cours du mandat entre en vigueur immédiatement et reste en vigueur lors des instances d'appel. En principe, les droits ne devraient pas être révoqués, suspendus ou modifiés au cours du mandat. Cependant, il peut y avoir des cas où il est nécessaire de prendre une mesure au cours du mandat. Dans la plupart de ces cas,

jusqu'à ce que le processus d'appel ait été épuisé. Lors de circonstances très particulières, la Loi sur les hôpitaux publics devrait garantir l'entrée en vigueur immédiate de la révocation, de la suspension ou de la modification des droits au cours du mandat.

Une de ces circonstances devrait être reliée aux questions de comportement provenant du défaut de se conformer aux règlements administratifs ou aux règlements particuliers de l'hôpital. Ces règlements devraient contenir des dispositions suffisantes concernant les avis et les avertissements, ainsi qu'une période d'avis. Le PDG examinerait la question avec un agent de direction désigné, prendrait une décision et transmettrait l'avis de modification des droits ainsi que les raisons de la décision. Le professionnel disposerait d'une certaine période, conformément aux règlements administratifs de l'hôpital, pour corriger les lacunes ou pour présenter une soumission écrite au PDG. La nomination et les droits du professionnel resteraient en vigueur au cours de la période d'avis. Tout défaut de corriger la lacune au cours de la période prescrite entraînerait la suspension immédiate et, dans ce cas, le professionnel aurait le droit d'en appeler devant le conseil de l'hôpital puis devant la Commission d'appel des hôpitaux, ou directement devant la Commission d'appel des hôpitaux.

Un deuxième cas où il peut y avoir révocation, suspension ou modification des droits au cours du mandat serait relié aux questions de compétence ou de comportement lorsqu'il existe des preuves claires et évidentes de risque pour les malades. Dans ce cas, la modification des droits entrerait en vigueur immédiatement. Le PDG, après avoir consulté le personnel médical approprié, prendrait la décision et en ferait part au professionnel de la santé visé. Les règlements administratifs de l'hôpital devraient préciser le processus de consultation, de prise de décision et de communication des décisions. Le professionnel de la santé visé devrait recevoir les raisons de la décision sur le champ et il devrait avoir le droit d'en appeler devant le conseil de l'hôpital puis devant la

Commission d'appel des hôpitaux, ou directement devant la Commission d'appel des hôpitaux.

Recommandations

Nous recommandons ce qui suit :

(7.12) La Loi sur les hôpitaux publics devrait préciser que l'hôpital peut refuser une première demande de nomination pour des motifs valides et raisonnables reliés aux ressources humaines.

(7.13) La Loi sur les hôpitaux publics devrait permettre à l'hôpital de modifier ou de résilier les droits ou de refuser de renouveler la nomination pour des motifs valides et raisonnables reliés aux ressources humaines, moyennant un avis raisonnable.

(7.14) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que, en ce qui concerne la révocation, la suspension ou la modification des droits d'un professionnel de la santé réglementé, les droits en question restent en vigueur jusqu'à la fin du processus d'appel, sauf dans deux cas précis :

a) le défaut, de la part du professionnel de la santé réglementé, de se conformer à des règlements ou règles de l'hôpital; ou

b) une question de compétences ou de comportement fournit des preuves claires et évidentes de risques pour les malades.

(7.15) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que les révocations, les suspensions ou les modifications aux droits reliées aux questions de compétences ou de comportement au cours du mandat restent en vigueur lors des instances d'appel.

7.4 LES APPELS

Les décisions relatives à l'accès aux ressources et aux services de l'hôpital sont très importantes pour les professionnels de la santé réglementés. L'accès est un prérequis au travail clinique d'un bon nombre de professionnels. Dans plusieurs collectivités de l'Ontario, l'hôpital est le seul fournisseur de plusieurs services de santé (p. ex., chirurgie, imagerie diagnostique, laboratoire, audiologie). Pour pratiquer dans ces collectivités, certains professionnels de la santé n'ont pas d'autre choix que d'avoir accès à l'hôpital. Sans cet accès, ils ne peuvent pas pratiquer. Dans presque tous les cas, l'accès aux ressources de l'hôpital facilite les activités cliniques des professionnels de la santé réglementés. Par conséquent, les décisions relatives à l'accès aux ressources de l'hôpital (qui sont habituellement reliées aux nominations et aux renouvellements des nominations, ainsi qu'à la suspension et à la modification des droits) peuvent toucher le gagne-pain et la réputation des professionnels de la santé.

Ces décisions, comme toutes les décisions qui touchent le travail des employés et des professionnels indépendants, devraient être prises, et perçues comme étant prises, avec un souci de justice absolue. Les professionnels de la santé devraient pouvoir en appeler des décisions de l'hôpital concernant l'accès. Le processus d'appel devrait être juste pour le professionnel et l'hôpital. Le processus devrait :

- reconnaître les droits des malades à des traitements et des soins sûrs et efficaces;
- protéger suffisamment les personnes, et être juste et équitable; et
- donner suffisamment de pouvoirs au conseil et aux dirigeants pour assurer l'accomplissement de la mission et du contrat social de l'hôpital.

7.4.1 Le processus d'appel

À l'heure actuelle, les médecins et les dentistes peuvent tout d'abord interjeter appel devant le conseil de l'hôpital puis devant la Commission d'appel des hôpitaux et, finalement, devant la Cour divisionnaire concernant les décisions relatives aux nominations et aux droits. Nous avons examiné le processus d'appel actuel et pris

en compte son application possible à nos recommandations en ce qui concerne la direction, la gestion et les nominations cliniques à l'hôpital.

Les appels par les employés. Nous nous sommes tout d'abord penchés sur les questions suivantes : Qui a le droit d'interjeter appel et devant qui doit-il présenter son appel? Est-ce que les employés ont le droit d'en appeler des décisions des directeurs concernant la modification des conditions de travail ou de leur statut d'employé? Les appels devraient-ils être entendus par le conseil de l'hôpital, la Commission d'appel des hôpitaux ou par les deux? À l'heure actuelle, dans la plupart des hôpitaux, les médecins employés par l'hôpital (principalement dans les laboratoires) sont également considérés comme étant nommés et étant membres du personnel médical tel que défini dans la Loi sur les hôpitaux publics actuelle. En tant que membres du personnel médical, ces médecins ont actuellement le droit d'en appeler devant la Commission d'appel des hôpitaux pour ce qui est de la modification de leurs conditions de travail et de leur nomination, et ils peuvent également être protégés par les dispositions de contrats de travail ou d'une convention collective. Parce qu'ils sont membres du personnel médical, ces médecins employés peuvent également avoir le droit, en vertu de la loi actuelle, de continuer de travailler en vertu de leurs conditions d'emploi antérieures jusqu'à ce qu'ils aient épuisé leur droit d'appel.

En examinant ces questions, nous étions préoccupés par le fait qu'il serait injuste pour une catégorie de professionnels de la santé réglementés employés d'avoir accès à deux méthodes différentes pour interjeter appel alors que les autres professionnels de la santé employés et les autres membres du personnel n'ont accès qu'à une seule méthode. Dans le cas des médecins employés, la question est complexe parce qu'ils possèdent déjà deux méthodes pour interjeter appel et qu'il semblerait injuste de les priver arbitrairement de l'une ou de l'autre, en particulier si la protection qui leur est apportée par leur contrat de travail était inférieure à celle apportée par l'accès légal à la Commission d'appel des hôpitaux.

En examinant cette question, le comité a été incapable de parvenir à un consensus quant à savoir si les professionnels de la santé employés par l'hôpital devraient avoir accès à la Commission d'appel des hôpitaux. Cependant, il semble exister une entente voulant que tous les employés de l'hôpital devraient être traités de façon équitable en ce qui concerne leur travail et leurs conditions de travail. On ne devrait pas permettre à l'hôpital de modifier les conditions de travail et les droits, ou de mettre fin à un emploi ou de révoquer une nomination, de façon arbitraire. Le processus utilisé pour faire ces modifications et les possibilités d'appel, peuvent être différents pour ces employés et les professionnels de la santé nommés mais non employés par l'hôpital, mais les deux devraient être justes pour les personnes visées.

Dans l'avenir, un nombre croissant de professionnels de la santé réglementés employés par un hôpital pourront probablement admettre des malades et auront un accès indépendant aux ressources de l'hôpital. Si les professionnels de la santé employés par les hôpitaux peuvent admettre des malades, il devrait être entendu qu'ils n'auront pas nécessairement les droits légaux d'en appeler devant la Commission d'appel des hôpitaux quant à la modification de tels «droits». Cependant, afin d'être uniforme, si les professionnels de la santé employés par l'hôpital n'ont pas le droit d'appel, ils doivent avoir recours, dans le cadre de leur contrat de travail, à un processus d'appel interne lorsque les dispositions et les conditions de travail sont modifiées de façon substantielle.

De même, lorsque l'hôpital met fin à l'emploi d'un professionnel de la santé réglementé employé, ce professionnel peut ne pas avoir le droit d'interjeter appel devant la Commission d'appel des hôpitaux. Cependant, le professionnel employé par l'hôpital aurait recours aux dispositions énoncées dans le contrat de travail ou la convention collective. La protection fournie par le contrat de travail du professionnel de la santé réglementé employé par l'hôpital serait équivalent à la protection légale accordée au professionnel de la santé réglementé nommé mais non à l'emploi de l'hôpital.

Les appels devant le conseil. Les appels interjetés devant le conseil de l'hôpital concernant les décisions prises par la future structure unifiée de gestion sembleraient contredire nos motifs de créer une structure unifiée de gestion et notre intérêt dans la séparation de la direction et de la gestion. De tels appels sembleraient placer le conseil dans un rôle de critique et dans une position de régler les conflits entre les dirigeants et les professionnels de la santé réglementés non employés par l'hôpital.

Cependant, dans l'intérêt de la justice pour le professionnel de la santé en cause, il devrait y avoir un autre moyen d'interjeter appel de la décision des dirigeants sur les nominations et les droits. Ces décisions sont d'une extrême importance pour le programme à long terme et pour le contrat social de l'hôpital, la pratique clinique du professionnel de la santé et, dans certains cas, pour la qualité des soins offerts aux malades. Il ne serait pas approprié d'exclure le conseil de toute participation à l'ensemble du processus d'appel puisque le conseil est, en fin de compte, responsable de toutes les activités de l'hôpital. Cependant, si les dirigeants parviennent à s'acquitter de leurs responsabilités avec efficacité, les cas où le conseil trouverait approprié et nécessaire de renverser la décision des dirigeants concernant les nominations et les droits devraient être rares.

Le concept de la création d'un comité du conseil qui s'occupera des appels est intéressant du point de vue de la rationalisation du processus d'appel. Cependant, les professionnels peuvent être préoccupés par la possibilité que le PDG et les dirigeants influencent le choix des membres d'un tel comité et, par conséquent, le résultat de l'appel. Pour aider à résoudre les préoccupations concernant l'influence des dirigeants de l'hôpital, un processus d'appel au niveau du conseil devrait être mis en place, et une des exigences pour entendre un appel devrait être que le quorum des membres du conseil est atteint. Le nombre de directeurs nécessaires pour entendre un appel dépendra de la dimension du quorum établi par les règlements administratifs de l'hôpital. À remarquer que la Loi sur les compagnies et associations exige un quorum minimum de 40 pour 100 des membres du conseil.

Recommandation

Nous recommandons ce qui suit :

(7.16) La Loi sur les hôpitaux publics devrait fournir aux professionnels de la santé réglementés non employés par l'hôpital le droit d'en appeler des décisions relatives à leur nomination et à leurs droits devant le conseil d'administration, avant de porter la cause en appel devant la Commission d'appel des hôpitaux.

7.4.2 Les motifs d'appel

Il a déjà été recommandé que les hôpitaux puissent rejeter les demandes de nomination et de renouvellement de nomination et refuser de modifier ou de restreindre les droits sur le renouvellement de nomination pour des motifs valables et raisonnables reliés aux ressources humaines. Les professionnels de la santé réglementés qui présentent une demande de nomination, de renouvellement de nomination ou de modifications des droits devraient avoir le droit d'interjeter appel devant un quorum des membres du conseil d'administration de l'hôpital lorsque leur demande a été rejetée pour des motifs relatifs aux ressources humaines, et lorsque le demandeur conteste le caractère valable et raisonnable de ces motifs. De plus, ils devraient avoir le droit d'interjeter appel lorsque leur demande est rejetée par les dirigeants pour des motifs autres que des raisons valables et raisonnables relatives aux ressources humaines.

Les dirigeants peuvent également décider en toute légitimité de rejeter ou de restreindre les droits d'une personne qui présente une demande de renouvellement de la nomination à la suite d'incompétence, de négligence ou d'inconduite professionnelle. Le professionnel devrait avoir le droit d'en appeler de la mesure et de la validité des motifs justifiant la mesure.

Dans les cas où les droits sont modifiés ou les nominations révoquées à la suite d'une demande de renouvellement de nomination, la nomination et les droits du praticien devraient rester en vigueur durant le processus d'appel.

Recommandation

Nous recommandons ce qui suit :

(7.17) La Loi sur les hôpitaux publics devrait fournir à un professionnel de la santé réglementé non employé par l'hôpital le droit à une audience devant le conseil d'administration lorsque les dirigeants rejettent une demande de nomination, de renouvellement de nomination ou de modification des droits pour des raisons qui ne sont pas fondées sur des motifs raisonnables et valables relatifs aux ressources humaines, ou lorsque le demandeur conteste le caractère valide ou raisonnable de ces motifs.

7.4.3 Appel des modifications aux droits au cours du mandat

Tel qu'il en a été question précédemment, les révocations, les suspensions et les modifications de droits au cours du mandat devraient être restreintes aux questions de compétences et de comportement. Dans ces cas, lorsqu'il y a des preuves claires et évidentes de risques pour les malades, la révocation, la suspension ou la modification devrait entrer en vigueur immédiatement et le professionnel de la santé suspendu devrait être informé des raisons sans délai. Le professionnel peut alors :

- demander une audience devant le conseil qui aurait lieu dans les 14 jours suivant l'imposition de la mesure et la possibilité d'interjeter appel devant la Commission d'appel des hôpitaux; ou
- demander une audience devant la Commission d'appel des hôpitaux qui aurait lieu dans les 30 jours suivant l'imposition de la mesure ou l'audience devant le conseil de l'hôpital.

Pour ce qui est des questions de comportement, lorsque le professionnel ne se conforme pas aux lois et aux règlements de l'hôpital, la révocation d'une nomination, la suspension ou la modification des droits aurait lieu uniquement après une période satisfaisante, telle qu'établie dans les règlements administratifs de l'hôpital. Le professionnel de la santé pourrait :

- demander une audience devant le conseil qui aurait lieu dans les 14 jours suivant l'imposition de la mesure et interjeter appel devant la Commission d'appel des hôpitaux; ou
- demander une audience devant la Commission d'appel des hôpitaux qui aurait lieu dans les 30 jours suivant l'imposition de la mesure ou l'audience devant le conseil de l'hôpital.

Dans tous les autres cas, un professionnel devrait avoir le droit d'interjeter appel pour une modification des droits au cours du mandat, et la modification des droits ne devrait pas entrer en vigueur avant que tous les mécanismes d'appel aient été utilisés.

Recommandation

Nous recommandons ce qui suit :

(7.18) La Loi sur les hôpitaux publics devrait fournir à un professionnel de la santé qui n'est pas à l'emploi de l'hôpital, et qui est assujetti à une suspension en cours de mandat ou à une modification des privilèges qui entre en vigueur immédiatement, le droit de choisir une des procédures d'appel suivantes : une audience devant le conseil suivi d'un appel devant la Commission d'appel des hôpitaux; ou un appel déposé directement devant la Commission d'appel des hôpitaux sans audience initiale devant le conseil de l'hôpital.

7.4.4 Les effets sur les établissements d'enseignement et de recherche

Le contrat social d'un bon nombre d'hôpitaux, en particulier des hôpitaux d'enseignement, exigera qu'ils participent à l'enseignement et à la formation de futurs professionnels de la santé et des recherches dans le domaine de la santé. Le contrat social de ces hôpitaux reconnaîtra explicitement cet engagement. Le programme de ressources humaines de ces hôpitaux exigera que le personnel clinique démontre l'expérience et le rendement dans les domaines de l'éducation et de la recherche, ainsi que les services de santé.

Un mécanisme servant à démontrer la compétence, l'expérience et les activités en cours du professionnel dans les domaines de l'éducation et de la recherche serait sa nomination conjointe comme membre du personnel de l'hôpital et de l'établissement d'enseignement affilié. Par ce mécanisme, les membres du personnel de l'hôpital d'enseignement répondraient aux exigences de l'hôpital et de l'établissement d'enseignement affilié concernant leurs compétences et leur rendement. De cette façon, les nominations conjointes aideraient à démontrer les compétences du professionnel de la santé dans les services cliniques, dans l'enseignement et dans la recherche pour des fins de nomination et de renouvellement de nomination à l'hôpital et à l'établissement d'enseignement affilié.

Dans le cas des hôpitaux d'enseignement, les exigences appropriées en matière de service, d'éducation et de recherche doivent être prises en considération lors de l'application des critères relatifs à la nomination, au renouvellement de la nomination et à la résiliation. Ces critères devraient être reconnus et pris en compte par la Commission d'appel de l'hôpital au cas où on interjetterait appel devant elle des décisions relatives à la nomination.

Recommandation

Nous recommandons ce qui suit :

(7.19) La Commission d'appel des hôpitaux devrait reconnaître que les hôpitaux qui font de l'enseignement ou de la recherche peuvent inclure dans leurs critères de nomination ou de renouvellement de nomination des compétences, une expérience et une certaine performance dans le domaine de l'éducation et de la recherche, ainsi que dans les services cliniques.

7.4.5 Commission d'appel des hôpitaux

À l'heure actuelle, le mandat de la Commission d'appel des hôpitaux (CAH) est limité aux médecins et aux dentistes. À l'avenir, tous les professionnels de la santé réglementés auront le droit de présenter une demande d'accès aux ressources de l'hôpital et les membres de plusieurs autres professions de la santé pourront être

nommés membres du personnel de l'hôpital et obtiendront des droits. Par conséquent, le mandat de la Commission devrait être élargi pour comprendre tous les professionnels de la santé réglementés.

En vertu de la loi actuelle, la Commission d'appel des hôpitaux est composée de deux médecins, d'un avocat ou d'un juge et de deux personnes qui représentent l'intérêt du public, dont un est membre d'un conseil d'hôpital. La composition de la Commission doit être augmentée afin de refléter la plus grande diversité des professionnels de la santé qui seront nommés à l'hôpital et recevront des droits. Cela augmentera le nombre de membres du conseil qui peuvent entendre les audiences. Chaque équipe de la Commission devrait comprendre un membre de la profession du demandeur.

La loi devrait également prévoir des conférences préparatoires au cours desquelles on pourrait négocier le règlement de conflits. En vertu de la loi actuelle, la Commission possède un président mais aucun vice-président. Afin de faciliter les audiences préparatoires, la loi devrait contenir une disposition pour la nomination d'un vice-président qui partagerait les responsabilités des audiences préparatoires avec le président. Cela permettrait d'entendre les audiences de cas d'une façon plus expéditive au cours des séances préparatoires. Lorsque le président assisterait à une conférence préparatoire qui n'aboutirait pas au règlement du conflit, le vice-président entendrait l'audience d'appel, et vice-versa.

Recommandations

Nous recommandons ce qui suit :

(7.20) La Loi sur les hôpitaux publics devrait élargir le mandat de la Commission d'appel des hôpitaux de manière à comprendre toutes les professions de la santé réglementées.

(7.21) La Loi sur les hôpitaux publics devrait modifier la taille et la composition de la Commission d'appel des hôpitaux de manière à représenter les différents groupes de professionnels de la santé réglementés qui ont été nommés et augmenter le nombre de membres qui entendent les causes.

(7.22) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que chaque équipe de la Commission d'appel des hôpitaux qui entend l'appel d'un professionnel de la santé réglementé doit comprendre au moins un membre de la profession du demandeur.

(7.23) La Loi sur les hôpitaux publics devrait prévoir des conférences préparatoires obligatoires pour les appels présentés devant la Commission d'appel des hôpitaux.

(7.24) La Loi sur les hôpitaux publics devrait prévoir la nomination d'un vice-président de la Commission d'appel des hôpitaux pour faciliter les règlements lors de conférences préparatoires.

7.5 LES SOINS INTERDISCIPLINAIRES AUX MALADES

Le fait d'accorder aux professionnels de la santé qui ne sont pas médecins l'accès aux ressources hospitalières nécessitera un changement considérable des pratiques actuelles de l'hôpital, notamment pour ce qui concerne les ordonnances écrites, les protocoles relatifs à la pratique, les archives médicales et les demandes de consultation. Le succès de cette initiative d'accorder l'accès aux hôpitaux aux professionnels d'autres disciplines dépendra, en fin de compte, de la mesure dans laquelle les professionnels de la santé réglementés de l'hôpital feront preuve de respect mutuel et de collégialité interdisciplinaire dans leur relation entres eux. Le processus de nomination, d'octroi des droits et de délivrance de titres et certificats devra voir à assurer l'uniformité des compétences du personnel et il devra être suffisant pour obtenir la confiance et le respect du personnel hospitalier de l'hôpital.

Il sera très important d'assurer la qualité, la continuité et la sécurité du traitement et des soins fournis au malade. Pour cela, le fournisseur de soins devra avoir l'entière responsabilité du malade et sera responsable du traitement et des soins de ce malade. Le champ de pratique de chaque patricien et les exigences et volontés de chaque malade devraient orienter le choix du principal fournisseur de soins. Nous prévoyons que, dans un contexte multidisciplinaire et interdisciplinaire, les relations amicales entre les professionnels aboutira naturellement à la sélection de critères et de procédures appropriés pour déterminer le principal fournisseur de soins. Cependant, le conseil devrait voir à élaborer des politiques et des procédures concernant la nomination du principal fournisseur de soins et la modification de cette nomination, de temps à autre, lorsque le changement de l'état du malade le justifie. L'exigence qu'un seul professionnel soit responsable de tous les soins du malade ne devrait pas empêcher les consultations appropriées avec les autres professionnels de la santé. De plus, d'autres professionnels de la santé devraient être tenus de répondre aux demandes appropriées de consultation.

Recommandation

Nous recommandons ce qui suit :

(7.25) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger qu'un seul professionnel soit désigné pour avoir l'entière responsabilité d'un malade.

7.6 LES RELATIONS AVEC LES ORGANISMES PROFESSIONNELS

Les professionnels de la santé qui travaillent dans les hôpitaux sont responsables devant l'hôpital et devant leur organisme professionnel ou leur ordre. Il est dans l'intérêt public que les hôpitaux et les divers organismes se tiennent au courant des questions importantes concernant les divers patriciens. Cela aidera à chacun à assurer la qualité des services de santé fournis au public.

Même si les membres du Comité s'entendent sur la nécessité pour les organismes de réglementation et les hôpitaux de se tenir mutuellement informés, il existe divers points de vue sur le genre de renseignements qui devraient être échangés. Un point

de vue suggère que l'intérêt du public est mieux servi si les organismes de réglementation et les hôpitaux échangent des renseignements au moment où des mesures sont prises contre la pratique ou le comportement d'un professionnel. Ce faisant, l'hôpital et l'organisme de réglementation sont au courant des problèmes possibles au moment opportun. En outre, l'organisme de réglementation et les autres peuvent déduire des modèles d'action contre un professionnel et entreprendre des enquêtes indépendantes, selon les besoins.

Un argument contradictoire est que, même si l'intérêt du public peut être servi, il serait injuste pour le professionnel de faire connaître les mesures avant qu'elles ne soient terminées. Cela pourrait nuire injustement et sans justification à la confiance du malade et des pairs dans le comportement et la compétence du professionnel et ainsi qu'à la capacité du professionnel de gagner sa vie, même si la mesure contre le professionnel a échoué. Après avoir pris en compte les arguments, le Comité a décidé que seules les mesures conclues pouvaient être communiquées entre les hôpitaux et les organismes de réglementation.

La délivrance de titres et certificats doit être un processus rigoureux et exhaustif où tous les renseignements pertinents sont mis à la disposition de l'hôpital. À la demande de l'hôpital, pour appuyer la délivrance de titres des demandeurs, les organismes de réglementation des professionnels de la santé devraient être tenus de fournir tous les renseignements disponibles sur les mesures concernant les droits, la négligence et l'inconduite professionnelle qui ont été rejetées. Les hôpitaux devraient être tenus de consulter l'organisme de réglementation approprié comme partie intégrante de leur processus de délivrance de titres et certificats. De plus, cet organisme devrait aviser un hôpital automatiquement lorsque les instances sont terminées et lorsqu'on a constaté qu'il y a eu inconduite professionnelle de la part d'un professionnel de la santé réglementé, membre du personnel de l'hôpital.

De même, les hôpitaux devraient aviser l'organisme dirigeant approprié en ce qui concerne toutes les mesures sur les nominations ou les droits qui ont été rejetées concernant la compétence ou la conduite des professionnels de la santé réglementés. Cela aidera l'organisme dirigeant à conseiller les autres organismes de la santé relativement aux compétences et à l'expérience des professionnels de la santé. Afin de faciliter ces négociations, on devrait exiger que les hôpitaux informent les organismes dirigeants pertinents des professionnels qu'ils ont nommés ou qu'ils emploient dans leur établissement.

Recommandation

Nous recommandons ce qui suit :

(7.26) Le ministère de la Santé devrait mettre au point des mécanismes afin de faciliter l'échange ponctuel et efficace de renseignements entre les hôpitaux et les corps dirigeants sur les compétences et le comportement professionnel des professionnels de la santé réglementés.

7.7 LA RESPONSABILITÉ DE L'HÔPITAL

À l'heure actuelle, les hôpitaux sont indirectement responsables de la négligence de leurs employés, mais ils ne sont pas indirectement responsables de la négligence d'entrepreneurs indépendants, comme les médecins et les dentistes autonomes. Cependant, les hôpitaux doivent s'acquitter avec compétence de leurs fonctions de délivrance de titres et certificats et surveiller le rendement de leurs professionnels de la santé durant leur nomination.

Parallèlement au présent examen de la Loi sur les hôpitaux publics, M. J. Robert Prichard a effectué, au nom de la conférence des sous-ministres de la santé, une étude marquante sur la responsabilité et les questions de compensation relative aux soins de santé fournis par les professionnels, les établissements, les organismes bénévoles et le Système canadien d'approvisionnement en sang. Nous avons examiné son étude et nous appuyons ses recommandations sur la responsabilité de

l'hôpital pour les actions des médecins qui ne sont pas employés par l'hôpital (et des autres professionnels de la santé non employés).

Recommandation

Nous recommandons que :

(7.27) La Loi sur les hôpitaux publics devrait permettre que les principes relatifs à la responsabilité du fait d'autrui et à la responsabilité des établissements de santé pour les délits causés par les professionnels de santé non employés soient élaborés par la jurisprudence.

CHAPITRE 8 LA QUALITÉ

8.1 INTRODUCTION

La qualité est une préoccupation importante de l'hôpital. Dans notre étude des questions reliées à la qualité des soins et des services hospitaliers, nous avons essayé d'examiner et de comprendre les concepts de la qualité, de suggérer une orientation stratégique pour atteindre une haute qualité dans les hôpitaux et de recommander des méthodes de gestion et d'amélioration de la qualité par les dispositions législatives, la direction de l'hôpital, les mesures de gestion, la pratique des professionnels et le soutien du gouvernement. Nous n'avons pas essayé de définir des normes particulières, d'examiner des méthodes d'évaluation ou de recommander des mécanismes de contrôle de la qualité des soins et des services en milieu hospitalier. Ces points changent rapidement et il serait irréaliste d'essayer d'élaborer et de faire approuver une ou plusieurs méthodes.

8.1.1 La définition de qualité

La qualité est le degré d'excellence atteint lors de l'exercice d'une fonction, de la prestation de services ou de la production d'un produit. La qualité des soins et des services de l'hôpital peut être perçue selon plusieurs points de vue.

Du point de vue du malade, la qualité est reliée aux questions comme la facilité d'accès aux traitements et aux soins, les compétences des professionnels de la santé et les soins qu'ils fournissent, le résultat du traitement, le goût des repas, la propreté des chambres et le respect que les membres du personnel ont pour les malades.

Du point de vue de l'hôpital, la qualité signifie l'excellence telle que démontrée par le caractère approprié du diagnostic et des procédures thérapeutiques, la précision des diagnostics, l'efficacité du traitement et son résultat. L'excellence désigne notamment l'absence de services inadéquats qui ne contribuent pas au bien-être du malade ou qui peuvent lui nuire et qui, dans les deux cas, gaspillent les ressources de l'hôpital et de la collectivité.

Du point de vue de l'établissement, la qualité est reliée à l'efficacité du traitement, à la rentabilité de l'utilisation des ressources lors de la prestation des soins, à l'efficacité des services cliniques, administratifs et de soutien, et à la réaction de l'organisme aux besoins de sa communauté. Pour la société en général, la qualité est souvent perçue comme la valeur des services et les avantages qu'elle en tire par rapport aux coûts des soins.

Par conséquent, la qualité devrait être définie largement pour englober les divers aspects reliés à l'efficacité clinique, à la sécurité et à la satisfaction du malade et au rendement optimal en contrepartie de l'argent dépensé. Les efforts d'un hôpital en matière de qualité devraient porter sur l'amélioration constante du rendement de tous ces aspects.

8.1.2 Les activités actuelles reliées à la qualité

Les hôpitaux pratiquent un bon nombre d'activités visant à mesurer, surveiller, maintenir et améliorer la qualité des services et des soins hospitaliers. Chaque activité met l'accent sur un aspect particulier de la qualité. Ces activités comprennent notamment :

- la gestion du risque;
- l'inspection, les enquêtes, les mesures disciplinaires;
- la délivrance de permis, l'agrément, et les normes et directives;
- l'étude de l'utilisation, l'étude des résultats, la comparaison par des pairs;
- l'assurance de la qualité.

La gestion du risque

La gestion du risque vise à protéger l'hôpital contre les pertes financières causées par tout défaut de prévenir les risques possibles et réels menaçant la sécurité et le bien-être des malades et du personnel de l'hôpital. La gestion du risque ne vise pas

à mettre l'accent sur les soins et les services aux malades mais à identifier et à éliminer les risques et à empêcher les poursuites judiciaires touchant la responsabilité médicale.

L'inspection, les enquêtes, les mesures disciplinaires

Ces activités de réglementation visent à répondre à la question : «Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné et qui est responsable?» Les lois qui régissent actuellement la qualité dans les hôpitaux visent presque exclusivement à fournir aux organismes de réglementation le pouvoir d'inspecter et d'enquêter, d'appliquer les mesures correctives et disciplinaires, et de suspendre le permis de fournir des soins. Ce genre d'activités vise principalement à protéger le public contre la négligence grave et l'incompétence, et non d'améliorer la qualité. Ces activités sont nécessaires et devraient être maintenues, mais elles ne devraient pas être reliées aux activités d'amélioration de la qualité.

La délivrance de permis, l'agrément

Ces activités de contrôle de la qualité répondent à la question : «Avons-nous satisfait aux normes établies par les experts?» Elles visent à mesurer et à comparer le rendement des particuliers et des organismes en se servant de normes externes. L'objectif est de percevoir tout écart des normes de pratique généralement reconnues et acceptables. Ces activités attireront l'attention des fournisseurs sur les problèmes importants de qualité et aideront sûrement à éviter qu'un hôpital ne se soumette pas aux normes courantes de fonctionnement. Cependant, elles ne fournissent pas un processus permettant d'améliorer le rendement ou de corriger les problèmes persistants qui peuvent faire partie intégrante des opérations courantes de l'hôpital. Les études menées dans le cadre de ces activités ont, de par leur nature, tendance à se pencher sur les caractéristiques de la structure et des processus de l'hôpital. Les techniques actuelles ne permettent pas d'évaluer les résultats.

l'étude de l'utilisation, l'étude des résultats, la comparaison par des pairs

Ces activités répondent à la question : «Qui agit différemment des modèles de pratique convenus?» Ces activités visent à identifier les pratiques anormales de fournisseurs individuels de soins de santé et qui sont probablement déficientes et excessivement coûteuses. À l'heure actuelle, ces activités d'étude de la qualité sont réalisées principalement par les médecins qui examinent les méthodes de pratiques des autres médecins. Ce processus permet d'examiner d'une façon raisonnable les pratiques médicales. Cependant, il existe une certaine réticence, sauf dans certains cas extrêmes, à instaurer des correctifs parce qu'ils mettent l'accent sur les praticiens. Au cours des dernières années, les préoccupations médico-légales ont amené les médecins à se préoccuper de leur participation à ces activités.

L'assurance de la qualité

Ces activités visent à maintenir des niveaux de qualité prédéfinis. L'assurance de la qualité relève généralement des professionnels qui travaillent avec les fournisseurs de soins de santé pour évaluer le rendement, pour s'assure- que le degré de rendement est conforme aux exigences et pour prendre des mesures préventives ou correctives lorsque le degré de rendement ne l'est pas.

L'assurance de la qualité se préoccupe de l'amélioration de la qualité. Cependant, il existe un bon nombre d'hôpitaux pour lesquels l'assurance de la qualité est plutôt considérée comme une fonction spécialisée du personnel et ne fait pas partie intégrante du processus de prestation des soins et des services de l'hôpital. Dans ces cas, les programmes d'assurance de la qualité ne réussissent qu'à influencer de petites parties des soins et des services de l'hôpital. Ils ont souvent une portée trop limitée pour permettre la mise en oeuvre d'améliorations importantes dans tous les aspects de l'hôpital et, par conséquent, pour avoir un effet sur l'ensemble de la qualité des soins et des services de l'hôpital. Le principal défaut de la plupart des fonctions d'assurance de la qualité c'est qu'elles ont une portée trop restreinte.

Elles ne sont pas en mesure de créer un engagement à la qualité dans l'ensemble de l'organisme sur tous ses plans ou d'encourager le processus d'amélioration continuel de la qualité.

À-propos des activités actuelles sur la qualité

Même si le but des activités actuelles d'amélioration de la qualité est l'amélioration de la qualité des soins et des services des hôpitaux, ces derniers ont souvent été incapables d'intégrer la qualité à leur mode de fonctionnement ou d'améliorer de façon continue la qualité de leurs soins. La plupart des activités actuelles sur la qualité mettent l'accent sur la diminution de la responsabilité, la protection du public, l'élaboration de normes et de directives relatives à la pratique, l'évaluation du rendement et la résolution de problèmes.

De plus, les activités actuelles ne sont pas parvenues à reconnaître qu'il existe peu de preuves absolues sur les normes de qualité pour les soins de santé. L'avancement rapide des connaissances et des technologies médicales, les changements dans la situation sociale, politique et économique et l'augmentation des attentes du public signifient que la qualité continuera d'être une cible mouvante. Les efforts d'amélioration de la qualité doivent être continus et dynamiques et doivent viser des rendements toujours meilleurs.

8.2 L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Bien que le concept d'amélioration continuelle de la qualité soit relativement nouveau dans le domaine des soins de santé, il est utilisé avec succès dans les industries manufacturières et les secteurs des services depuis de nombreuses décennies. Différents principes de gestion de la qualité et une variété de méthodes et d'outils d'amélioration de la qualité ont été mis au point. Ces concepts et ces outils, généralement appelés sous les termes «gestion globale de la qualité» ou

«amélioration continue de la qualité», sont de plus en plus adoptés et appliqués dans les hôpitaux. L'objectif est de créer un organisme qui s'engage à rechercher l'excellence et à améliorer continuellement la qualité de ses services et de ses produits.

8.2.1 L'amélioration continue de la qualité

Par comparaison aux efforts traditionnels d'amélioration de la qualité, l'amélioration continue de la qualité ou la gestion globale de la qualité répondent à la question suivante : «Comment pouvons-nous faire mieux?». Dans le monde des affaires, les compagnies florissantes ont constaté que la résolution de mieux faire commence avec l'engagement et la direction au palier des cadres supérieurs. Les efforts de qualité ne sont pas des ajouts mais font partie du plan d'affaires stratégique de l'entreprise et de ses opérations quotidiennes. Ces compagnies ont également constaté que la cause de la mauvaise qualité n'était généralement pas un problème relié aux employés mais plutôt un problème causé par les systèmes et les procédés avec lesquels les employés devraient travailler. Par conséquent, la façon d'améliorer la qualité est non pas de blâmer les employés mais plutôt d'améliorer les systèmes et les procédés de l'organisme. L'approche qui comporte l'amélioration continue de la qualité est positive. Les problèmes sont perçus comme des possibilités d'amélioration et les employés reçoivent les pouvoirs, l'information et la formation nécessaires pour accomplir leur travail efficacement, et ils sont récompensés pour identifier les possibilités d'amélioration et prendre les mesures nécessaires. Une «éthique de la qualité» devient une partie intégrante du mode de fonctionnement de l'organisme. On incite tout le personnel à prendre un engagement envers la qualité et cet engagement vaut pour toutes les activités de l'organisme. Bon nombre d'organismes qui ont adopté cette approche ont constaté qu'ils ont été en mesure d'améliorer la qualité de leurs produits et services tout en augmentant leur production et en réduisant leurs coûts.

8.2.2 L'application de l'amélioration continue de la qualité aux soins de la santé

Il y a de plus en plus de preuves que les principes d'amélioration continue de la qualité peuvent être adaptés pour être utilisés dans le domaine des soins de la santé. Deux exemples de ces preuves sont le National Demonstration Project des États-Unis et la "Joint Commission on Accrediation of Healthcare Organizations (JCAHO)" (Commission mixte d'agrément des organismes de santé).

Le National Demonstration Project a commencé en septembre 1987; il s'agissait alors d'une expérience sur l'application de la gestion moderne de la qualité aux soins de la santé. Une des phases du projet a réuni 21 experts-conseils en gestion de la qualité de l'industrie américaine et 21 experts-conseils des organismes américains des soins de la santé qui ont appliqué leur expérience et leurs outils pour mettre en oeuvre l'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de la santé. L'expérience s'est avérée très positive dans l'amélioration du fonctionnement (p. ex., la facturation, le transfert des renseignements, l'entretien de l'équipement) et les services (p. ex., l'accès téléphonique, les rendez-vous, le transfert de malades, la mise en congé). Une faible proportion des projets ont touché des processus cliniques et le personnel professionnel; néanmoins, les enquêteurs principaux étaient d'avis que la gestion de la qualité, en principe, pouvait être utilisée pour améliorer les procédures cliniques comme la prise de décisions par les médecins, les stratégies de diagnostic et les traitements médicaux.

La JCAHO a adopté récemment un ensemble de 11 principes sur «l'efficacité dans la gestion des organismes» dans le cadre de son initiative principale, le programme de changements. Ces principes mettent l'accent sur l'engagement total des organismes à l'amélioration continue de la qualité des soins. Cet engagement doit être intégré au mode de fonctionnement des hôpitaux publics de l'Ontario et doit façonner les activités quotidiennes de tout le personnel et des autres personnes qui participent aux activités de l'hôpital.

Plusieurs hôpitaux de l'Ontario ont commencé à mettre en oeuvre des concepts et des techniques de gestion de la qualité. Les premiers résultats obtenus par ces hôpitaux sont encourageants. De plus en plus de fournisseurs de soins et de dirigeants commencent à croire que les outils théoriques et pratiques de la gestion moderne de la qualité peuvent être appliqués avec succès aux composantes médicales et non médicales du milieu hospitalier.

Les hôpitaux peuvent tirer des leçons des expériences du secteur privé. Les fournisseurs de soins et les dirigeants doivent tout d'abord changer l'orientation de leurs efforts en matière de qualité et mettre moins l'accent sur les inspections et les vérifications après coup pour se concentrer sur l'amélioration constante de la qualité dans toutes les fonctions de soins cliniques, de soutien, de gestion et de direction.

Les hôpitaux ne peuvent plus dépendre uniquement des interventions externes comme les inspections, l'accréditation et les évaluations du rendement et des résultats en fonction de normes établies pour s'acquitter de leurs responsabilités concernant la qualité. Les hôpitaux doivent examiner leurs propres ressources pour chercher, de façon active et continuelle, des méthodes novatrices et améliorées de traitement et de soin des malades. Il faudra faire des efforts continus pour améliorer les déterminants des soins des malades, comme l'efficacité et la qualité des services diagnostiques et thérapeutiques, l'efficacité et la qualité des services de soutien administratif, l'à-propos de l'utilisation des services, des installations et du matériel hospitaliers et l'efficacité globale de la gestion de l'organisme.

Les hôpitaux devraient orienter leurs activités de qualité vers un processus continu et proactif d'amélioration de la qualité afin d'obtenir de meilleurs résultats dans l'efficacité clinique, la qualité des services, la satisfaction du malade, l'efficacité de l'organisme et du rendement optimal en contrepartie de l'argent dépensé. La Loi sur les hôpitaux publics et ses règlements d'application devraient faciliter la mise en place de ces processus d'amélioration de la qualité.

8.3 LES RÔLES ET LES RESPONSABILITÉS RELIÉS À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Les rôles et les responsabilités des principaux intervenants dans la qualité des soins et des services de l'hôpital doivent être clairement définis dans les règlements administratifs de l'hôpital, conformément à un cadre établi par la loi.

8.3.1 Le rôle de la loi

La dynamique de la façon dont la qualité peut être atteinte dans un hôpital varie d'un hôpital à l'autre selon ses caractéristiques, et elle continuera de varier à mesure que les anciennes approches seront améliorées et que de nouvelles approches seront élaborées. L'amélioration de la qualité sera toujours une cible mouvante. Par conséquent, le rôle de la loi pour ce qui concerne l'amélioration de la qualité devrait être de nature habilitante plutôt que normative, et ainsi indiquer des approches ou des mesures pour l'amélioration de la qualité, en milieu clinique ou non.

Les dispositions législatives en ce qui concerne la qualité devraient se limiter à faire de la qualité une responsabilité du conseil, à faire de la conservation et de l'amélioration de la qualité une activité obligatoire de l'hôpital et à introduire des mesures qui soutiendraient les principes de l'amélioration de la qualité.

La poursuite de l'amélioration continue de la qualité représente un changement important des efforts de qualité actuels dans la plupart des hôpitaux. Pour faire ce changement, les dirigeants de l'hôpital, à savoir le conseil et les cadre supérieurs, doivent participer activement à l'élaboration d'une orientation, à la conception de systèmes et à la mobilisation de tout l'organisme pour assumer les responsabilités d'amélioration de la qualité.

Le conseil devrait favoriser un mode de fonctionnement qui favorise l'engagement à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services fournis par l'hôpital. Cet engagement à l'amélioration constante de la qualité devrait faire partie de l'énoncé de mission de l'hôpital. Des structures de comités appropriés, au palier du

conseil et à celui des opérations, devraient être mises sur pied pour établir les orientations stratégiques et gérer les efforts d'amélioration de la qualité de l'hôpital. Le conseil devrait élaborer des règlements administratifs pour s'assurer que tout le personnel de l'hôpital participe au maintien et à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services de l'hôpital.

Les hôpitaux doivent répondre devant les malades et la collectivité de la qualité des soins et des services qu'ils fournissent ainsi que de l'amélioration de la qualité. Ils devraient réaliser leur engagement vers la qualité en publiant des rapports annuels sur la qualité et les activités en matière d'amélioration de la qualité et en faisant l'objet d'examens externes fréquents faits par un organisme indépendant. Le ministère de la Santé devrait élaborer des directives régissant le contenu et le processus de ces examens ainsi que les points sur lesquels ils devraient porter et le moment où ils auraient lieu.

Recommandations

Nous recommandons ce qui suit :

(8.01) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les hôpitaux s'efforcent continuellement d'améliorer la qualité et l'efficacité des services et des soins qu'ils offrent.

(8.02) La Loi sur les hôpitaux publics devrait assurer l'élaboration de règlements sur les points suivants :

- **a) des mesures pour soutenir le processus d'amélioration de la qualité dans l'hôpital;**
- **b) la collecte et le rapport des données de l'hôpital; et**
- **c) des rapports annuels sur les activités de l'hôpital concernant l'amélioration de la qualité et de la qualité des services et des soins, soumis au ministère de la Santé et au public.**

(8.03) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les hôpitaux subissent périodiquement des examens externes.

8.3.2 Les comités sur la qualité

Un comité responsable de l'ensemble de la qualité des soins et des services de l'hôpital devrait être mis sur pied au palier du conseil de l'hôpital. Au palier opérationnel, un comité parallèle responsable de l'amélioration de la qualité devrait être mis sur pied et rendre compte aux dirigeants.

Le comité sur la qualité des soins. La recommandation de mettre sur pied un comité sur la qualité des soins au palier du conseil est conforme au principe voulant que les dirigeants de l'hôpital ont la responsabilité ultime pour la qualité des soins et des services offerts aux malades. Par conséquent, le conseil doit participer étroitement et activement à la surveillance de la qualité des soins et des services de l'hôpital et des activités en matière d'amélioration de la qualité.

Le comité sur la qualité des soins aurait pour responsabilité :

- d'examiner les structures et les processus de l'hôpital visant à maintenir et à améliorer constamment la qualité, et de surveiller l'efficacité de ces structures et processus;
- d'examiner et d'informer le conseil sur les plans de gestion de la qualité soumis par la direction de l'hôpital; et
- d'examiner des rapports de la direction de l'hôpital sur la qualité et les activités en matière d'amélioration de la qualité, et d'informer le conseil sur l'à-propos des mesures d'amélioration de la qualité de l'hôpital.

Puisque la satisfaction du client est l'élément principal de l'amélioration de la qualité, le conseil de l'hôpital devrait voir à la mise sur pied d'un service à l'intention des clients visible et accessible qui veillerait à la diffusion de l'information, et à la

réception et au règlement de plaintes. Le comité sur la qualité des soins devrait comprendre des représentants des services aux malades afin de souligner l'importance des services et de la satisfaction des malades.

Le comité sur l'amélioration de la qualité. Puisque le conseil doit s'assurer que les structures et les processus de la qualité sont en place, les cadres supérieurs sont responsables de mettre sur pied de telles structures et de gérer ces processus. Il devrait y avoir un comité sur l'amélioration de la qualité au palier des cadres supérieurs. Ce comité pourrait être un comité multidisciplinaire composé du personnel des services de soutien et des soins aux malades de l'hôpital provenant du milieu clinique et non clinique, et il devrait rendre compte au PDG. Les responsabilités du comité sur l'amélioration de la qualité seraient les suivantes :

- établir des priorités et élaborer un plan annuel sur les activités en matière d'amélioration de la qualité;
- coordonner les activités en matière d'amélioration de la qualité par l'entremise de l'hôpital;
- fournir des ressources financières, techniques et humaines pour soutenir les activités en matière d'amélioration de la qualité;
- fournir une formation, une éducation et de l'aide technique dans les théories et les méthodes d'amélioration de la qualité pour le personnel de l'hôpital;
- gérer, surveiller et évaluer les projets d'amélioration de la qualité; et
- recueillir des données sur le rendement et des rapports sur les résultats.

Selon la dimension de l'hôpital, le comité sur l'amélioration de la qualité devrait être une structure cadre qui chapeauterait des sous-comités établis afin de superviser les différents efforts en matière de qualité, comme l'examen de l'utilisation, l'assurance de la qualité, les protocoles cliniques, le contrôle des infections et la vérification des tissus.

8.3.3 L'engagement du personnel envers la qualité

L'amélioration de la qualité ne peut être efficace que si elle devient une partie intégrante du mode de fonctionnement de l'hôpital. Le succès de l'amélioration continue de la qualité dépend des efforts conjoints de tout le personnel de l'hôpital. Cela nécessite un engagement continu par le conseil et les cadres supérieurs qui s'étendra à tous les paliers de la gestion et du personnel. Les cadres supérieurs peuvent guider le processus mais l'élément moteur de l'amélioration continue de la qualité est l'engagement de tous les employés, des nettoyeurs aux chirurgiens. Les règlements de l'hôpital devraient indiquer clairement qu'il est de la responsabilité de tous les employés de l'hôpital d'agir de manière à faire tomber les obstacles à la qualité et à améliorer la qualité des soins et des services de l'hôpital.

8.4 FACILITER L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

L'engagement envers la qualité ne peut qu'être entretenu, favorisé et soutenu. Il ne peut pas être rendu obligatoire par des lois ou des règlements. Par conséquent, il est important que les chefs de file et les preneurs de décision dans le domaine médical créent le climat approprié et mettent sur pied les procédés, les méthodes et les données nécessaires pour soutenir l'amélioration de la qualité qui soient aisément accessibles au conseil de l'hôpital et aux cadres supérieurs qui sont responsables de la qualité.

8.4.1 La disponibilité des données

Les activités visant à identifier des possibilités d'améliorer la qualité nécessitent la disponibilité de données précises et appropriées. Les hôpitaux, les praticiens de la santé et les autres employés de l'hôpital doivent recueillir les données nécessaires pour identifier les facteurs qui sont le plus susceptibles de toucher la qualité des services et des soins fournis par l'établissement.

De même, si la qualité des soins doit être améliorée, les professionnels doivent avoir accès aux données qui leur permettront de faire des améliorations continues. Ces données leur permettront de suivre les changements et les conséquences connexes. Ces données ne se trouvent que dans les dossiers médicaux des malades.

Il n'existe aucune loi permettant aux professionnels d'avoir accès aux dossiers médicaux des malades pour l'examen et l'amélioration de la qualité des soins et des services de l'hôpital. Le rapport Krever a recommandé des limites sur le caractère confidentiel des dossiers des malades qui autoriseraient l'accès aux dossiers médicaux par les membres du personnel d'un hôpital qui sont responsables des examens de la qualité et des activités en matière d'amélioration de la qualité. La Loi sur les hôpitaux publics devrait permettre l'accès aux dossiers médicaux par les membres du personnel de l'hôpital dont l'accès a été approuvé par le conseil dans le but d'améliorer la qualité des soins et des services et ce, sans le consentement des malades.

Du point de vue d'un système de soins de santé, il est également important que les données recueillies par les différents hôpitaux soient compatibles pour que des études multicentriques et des comparaisons entre établissements puissent être faites. Même si cela ne relève pas du Comité de direction, nous insistons pour que des mesures soient prises pour continuer et renforcer les politiques voulant que les hôpitaux fournissent au Hospital Medical Records Institute (HMRI) des données précises et opportunes concernant les interventions cliniques, l'utilisation des ressources et les résultats des soins. De même, le HMRI devrait être encouragé à élaborer d'autres mesures de comparaison du rendement dans les hôpitaux et entre les hôpitaux en ce qui concerne l'efficacité clinique et l'efficacité de l'organisme.

Recommandation

Nous recommandons ce qui suit :

(8.04) La Loi sur les hôpitaux publics devrait permettre l'accès au dossier médical du malade par les employés de l'hôpital qui ont été nommés responsables de

l'amélioration de la qualité par le conseil d'administration, et que l'accès soit limité uniquement à cette fin.

8.4.2 **La protection des activités en matière d'amélioration de la qualité**

Les professionnels de la santé sont devenus de plus en plus réticents à participer aux activités d'assurance de la qualité de l'hôpital parce que leur participation, et les documents de ces instances, ne sont pas protégés et peuvent être utilisés comme preuves lors d'instances judiciaires. De plus, les professionnels de la santé ne sont pas protégés des responsabilités légales pour leur participation à ces activités.

Aucune activité significative en matière de qualité ne sera réalisée à l'hôpital à moins que les participants, les instances et les dossiers d'examen de la qualité et des activités d'amélioration reçoivent la protection relative à la preuve. Cinq provinces, la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Alberta, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse, ont déjà modifié leur loi afin de fournir une telle protection. Dans ces provinces, la protection relative à la preuve est limitée aux participants, aux activités et aux dossiers désignés des comités. De plus, la protection relative à la preuve est recommandée par le rapport Prichard sur les questions de responsabilité et de compensation dans les soins de la santé.

Une des possibilités consiste à étendre les recommandations sur la protection relative à la preuve du rapport Prichard afin d'englober tous les documents et les renseignements reliés à l'examen de la qualité et aux activités sur l'amélioration ainsi que toutes les personnes qui participent à de telles activités, plutôt que de restreindre la protection aux participants, aux documents et aux instances désignées des comités, comme le comité sur l'amélioration de la qualité. Cependant, le rapport Prichard met l'accent sur l'importance de limiter les documents ou les instances assujettis à cette protection de façon que les privilèges ne nuisent pas à «l'accès au juste intérêt des malades».

Le bon équilibre entre la protection relative à la preuve et les droits individuels des malades à l'information doit être atteint en limitant la protection au comité d'amélioration de la qualité et à ses activités. Tous les dossiers et toutes les instances d'un comité d'amélioration de la qualité, y compris les dossiers du comité et les déclarations faites lors des réunions du comité, ne devraient pas être admissibles aux instances judiciaires.

En outre, les participants aux activités du comité d'amélioration de la qualité ne devraient pas être tenus de témoigner devant un tribunal relativement à tout aspect de l'examen de la qualité et des activités d'amélioration de la qualité du comité. Ils devraient être exempts de se présenter devant un tribunal pour ce qui est de leurs activités de membre ou de leur participation au comité d'amélioration de la qualité. Cependant, cela ne devrait pas les empêcher d'être cités à cause du poste qu'ils peuvent occuper à l'hôpital ou à cause de leurs activités à l'extérieur de l'hôpital. La protection relative à la preuve ne devrait pas s'appliquer aux dossiers des malades ou à toute autre donnée existante servant à la rédaction de rapports pour le comité d'amélioration de la qualité; elle devrait s'appliquer uniquement à l'analyse et aux rapports en tant que tels.

De plus, l'article 10 de la Loi sur les hôpitaux publics actuelle devrait être élargi afin de fournir l'immunité aux personnes qui participent aux activités d'amélioration de la qualité. L'article 10 de la loi s'énonce ainsi : «Les membres d'un comité du personnel médical d'un hôpital, les membres du conseil, de la Commission d'appel ou de leur personnel et les témoins dans une instance ou une enquête devant le comité ou le conseil ne sont pas responsables de ce qu'ils ont fait ou dit de bonne foi lors d'une réunion, d'une instance, d'une enquête ou d'une autre activité du comité ou du conseil.» Les personnes qui participent aux activités du comité sur l'amélioration de la qualité, ainsi que les membres du comité et le personnel ne devraient pas être tenus responsables de ce qu'ils ont fait ou dit de bonne foi lors de leur participation.

Recommandations

Nous recommandons ce qui suit :

(8.05) La Loi sur les hôpitaux publics devrait assurer que toute la documentation et les travaux du comité sur l'amélioration de la qualité de l'hôpital, y compris les analyses et les rapports préparés pour le comité ainsi que les déclarations faites lors des réunions du comité, ne soient pas admissibles pour des poursuites judiciaires.

(8.06) La Loi sur les hôpitaux publics devrait assurer que toutes les personnes qui participent aux activités d'un comité sur l'amélioration de la qualité ou d'un comité sur la qualité des soins d'un hôpital ne soient pas tenues de témoigner devant un tribunal sur leurs activités d'amélioration de la qualité du comité.

(8.07) La Loi sur les hôpitaux publics devrait tenir toutes les personnes qui participent aux activités du comité sur l'amélioration de la qualité ou du comité sur la qualité des soins, y compris le personnel du comité, quitte de toute responsabilité à l'égard des actions ou des déclarations faites de bonne foi durant leur participation.

8.4.3 **La séparation des fonctions d'amélioration de la qualité et de maintien de l'ordre**

Le caractère confidentiel du processus d'amélioration de la qualité devrait également s'appliquer à l'intérieur de l'hôpital. L'hôpital devrait faire une distinction entre ses activités en matière d'amélioration de la qualité et de ses activités de maintien de l'ordre en ne permettant pas l'utilisation des documents et des dossiers sur l'amélioration de la qualité lors d'enquêtes, de délivrance de titres et certificats et de la prise de mesures disciplinaires.

Ce qu'il est important de se demander c'est s'il faut intervenir lorsque, durant les activités d'amélioration de la qualité, les participants s'aperçoivent que le rendement professionnel peut ne pas répondre aux normes de pratiques énoncées dans la Loi

sur les professions de la santé réglementées, dont les dispositions analogues s'appliquent également aux activités d'assurance de la qualité des ordres professionnels. Pour se conformer à la décision sur cette question de la loi, seuls le nom de la personne et la pratique en cause devraient être portés à l'attention de l'autorité concernée désignée par le conseil. Même si les données de base de l'hôpital seraient disponibles aux dirigeants, l'analyse en matière d'amélioration de la qualité de ces données et des documents et rapports connexes ne devrait pas être divulguées.

Recommandation

Nous recommandons ce qui suit :

(8.08) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que les procédures et les dossiers sur les activités d'amélioration de la qualité, entreprises par un comité sur l'amélioration de la qualité d'un hôpital, ou pour son compte, soient considérées comme des renseignements confidentiels et ne soient pas utilisés pour les enquêtes, la délivrance de titres ou certificats, les mesures disciplinaires.

8.5 LE COMPORTEMENT ABUSIF

Le processus de soin des patients devrait contenir des garanties contre les mauvais traitements infligés aux malades. De même, les méthodes de gestion de l'hôpital devraient disposer de garanties contre les mauvais traitements infligés au personnel. Les questions de harcèlement sexuel, d'abus physique et de cruauté mentale devraient être abordées clairement et fermement. Il devrait y avoir des garanties contre le mauvais traitement des malades par le personnel, du personnel par le personnel, des malades par les malades, et du personnel par les malades. Il arrive souvent qu'une forme de mauvais traitement en entraîne une autre.

Même s'il est difficile d'élaborer une définition complète du terme mauvais traitement, il est important que des directives provinciales soient élaborées et qu'elles soient bien comprises par les hôpitaux. Chaque hôpital devrait avoir des politiques, des programmes et des mécanismes pour s'occuper des mauvais traitements et donner des directives et un soutien aux employés et aux malades en période de difficulté et de stress. En préparant ces politiques et programmes, le conseil et les dirigeants de l'hôpital devraient demander l'avis de son conseil consultatif professionnel, communautaire et des employés et de son service aux malades. Le comportement des employés envers les malades et entre eux est une manifestation du mode de fonctionnement, de l'éthique et des valeurs de l'hôpital. Dans la mesure où ces manifestations sont positives et renforcées mutuellement, et qu'elles imprègnent l'établissement et motivent les personnes qui y travaillent, les possibilités et les raisons justifiant les comportements abusifs diminueront.

Recommandation

Nous recommandons ce qui suit :

(8.09) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que les hôpitaux établissent des politiques et des procédures concernant le traitement de comportements abusifs.

CHAPITRE 9 LES MALADES

9.1 INTRODUCTION

Le bien-être des malades est le principal objectif des hôpitaux. Le statut des malades doit être examiné dans la plus grande foulée des engagements des hôpitaux envers les soins aux malades, l'amélioration continue de la qualité, la réaction de la collectivité et l'orientation déontologique. La Loi sur les hôpitaux publics actuelle devrait refléter les récents développements de la *common law* et des initiatives législatives qui touchent les droits des malades et les obligations des hôpitaux envers les malades concernant le choix, le consentement informé, la confidentialité et l'intervention.

Les questions reliées au statut des malades comprennent trois volets : l'attribution de pouvoirs, le partenariat et la participation. Un des objectifs de la réforme des soins de santé présentée par le Conseil du premier ministre sur la santé (1990) est que «les citoyens et les consommateurs aient le pouvoir de devenir en santé». Cette attribution de pouvoirs signifie de permettre aux malades d'obtenir les ressources nécessaires auxquelles ils ont droit, comme l'accès à l'information, et de jouer un rôle efficace et approprié dans le processus décisionnel des hôpitaux. Le partenariat signifie que ceux qui travaillent dans les hôpitaux et ceux qui utilisent les services se concertent en tenant compte des droits, obligations et responsabilités précisés. La participation signifie qu'il faut inclure les employés et les malades et leurs défenseurs selon leurs objectifs collectifs et leurs besoins individuels et selon leurs titres et leurs fonctions.

L'attribution de pouvoirs, le partenariat et la participation reflètent une vision de l'hôpital dans laquelle tous les partenaires ont des intérêts légitimes dans l'exploitation de l'hôpital et une volonté partagée d'obtenir les meilleurs résultats pour les malades. Un des objectifs de la nouvelle Loi sur les hôpitaux publics devrait être de concrétiser cette vision au palier des malades et à celui de la collectivité.

9.2 LES DROITS DES MALADES

Un certains nombre de droits des malades existent déjà dans les lois ou peuvent être extrapolés de la Charte canadienne des droits et libertés de la personne et de la *common law*. Certains de ces droits ne sont pas aussi bien définis ou aussi complets qu'ils devraient l'être. Le gouvernement provincial a entrepris un certain nombre d'initiatives législatives pour régler les diverses questions de manière globale et constante. À la lumière de ces initiatives provinciales, que le Comité de direction appuie, il n'est pas avantageux d'essayer de replacer les droits des malades dans le contexte plus limité de la Loi sur les hôpitaux publics, sauf lorsque ces initiatives peuvent échouer ou être incomplètes.

9.2.1 Le choix et le consentement informé

Pendant quelques années, il n'y avait pas de loi qui traitait exclusivement et de façon globale des nombreuses questions portant sur le consentement des malades aux traitements. Les dispositions concernant le consentement dans la Loi sur la santé mentale, la Loi sur les services à l'enfance et à la famille et les règlements pris en application de la Loi sur les hôpitaux publics actuelle s'appliquent uniquement aux établissements et services précisés dans chaque loi et règlement, et ne correspondent pas entre elles. Les enjeux complexes et d'une très grande portée concernent le consentement à des traitements par des malades mentalement capables et le consentement au nom des personnes mentalement incapables.

En *common law*, les tribunaux ont élaboré des critères pour déterminer s'il y a consentement informé :

1. Le fournisseur de soins de santé doit donner au malade tous les renseignements au sujet de la nature et des conséquences des traitements nécessaires pour permettre au malade de prendre une décision bien éclairée;

2. Le malade doit être mentalement capable, c'est-à-dire qu'il peut comprendre et estimer la nature et les conséquences du traitement;

3. Le consentement doit être accordé sans contrainte;

4. Le consentement ne doit pas être obtenu par de fausses déclarations ou la fraude;

5. Bien que le consentement puisse être tacite ou entendu, les directives expresses prévalent sur le consentement implicite;

6. Une personne ne peut pas donner son consentement à un traitement illégal;

7. Le consentement doit être relié au traitement réellement fait, à moins que la vie ou la santé du malade soit immédiatement mise en danger et qu'il soit impossible d'obtenir le consentement du malade.

Les initiatives législatives traitant des questions entourant le consentement comprennent le projet de loi 108, Loi de 1991 sur la prise de décisions au nom d'autrui, présentée par le ministère du Procureur général, et le projet de loi 109, Loi de 1991 sur le consentement au traitement, présentée par le ministère de la Santé. Aux termes du projet de loi 110, Loi de 1991 modifiant des lois en ce qui concerne le consentement et la capacité, la Loi sur l'incapacité mentale sera révoquée et les lois connexes seront modifiées pour qu'elles soient conformes aux projets de loi 108 et 109[1].

Le projet de loi 109, Loi de 1991 sur le consentement au traitement :

- s'applique à toutes les professions de la santé réglementées, à tous les traitements et à tous les établissements de santé;

[1] Au moment de la rédaction du présent document, ces projets de loi en étaient à l'étape de la deuxième lecture et étaient étudiés par le Comité permanent de la justice.

- codifie les règles de la *common law* sur le consentement; le consentement doit être obtenu par un professionnel de la santé réglementé d'une personne mentalement capable et il doit être informé et donné volontairement;
- précise qu'avant de donner son consentement, la personne doit avoir reçu les mêmes renseignements concernant le traitement, les autres options et les conséquences, les risques et les effets secondaires qu'une personne raisonnable dans la même situation exigerait avant de prendre une décision;
- établit à 16 ans la présomption de capacité;
- permet au professionnel de la santé réglementé de déterminer la capacité mentale du malade;
- prévoit un processus de révision et d'appel;
- donne la liste des personnes qui peuvent agir comme substituts et prendre des décisions;
- établit des critères pour le processus décisionnel au nom des personnes incapables;
- prévoit un mécanisme par lequel un praticien de la santé peut suivre la volonté d'un malade mentalement incapable exprimée au moment où il était mentalement capable (directives médicales préalables);
- fournit au Conseil des ministres le pouvoir d'adopter des règlements pour l'élaboration de formules de consentement standard pour des traitements particuliers; et
- prévoit les urgences lorsque les soins peuvent être fournis sans consentement.

Le projet de loi 108, Loi de 1991 sur la prise de décisions au nom d'autrui, porte sur les personnes ayant une incapacité de longue durée. Il met en application le concept du testament biologique. Aux termes de ce projet de loi, les personnes mentalement incapables auraient la possibilité de choisir à l'avance les futurs traitements médicaux auxquels elles consentiraient ou non, et nommeraient quelqu'un qui respecterait leurs souhaits pour elles si elles devenaient incapables.

Le Comité de direction appuie l'orientation prise par le gouvernement au moment du présent rapport pour ce qui est du consentement et de la prise de décisions au nom d'autrui. Si ces projets de loi ne sont pas adoptés, ou si les éléments susmentionnés ne sont pas inclus, ils devraient être intégrés à la nouvelle Loi sur les hôpitaux publics.

Une question reliée au consentement a trait à la situation des malades dans des hôpitaux d'enseignement. Parfois, les malades ne savent pas qu'ils ont le droit d'accepter ou de refuser de participer aux activités d'enseignement de l'hôpital, ou que la participation peut signifier que les étudiants donnent les traitements. Il s'agit d'établir un équilibre entre divers intérêts. Les hôpitaux d'enseignement doivent enseigner et, partant, les malades devraient être encouragés à donner leur consentement pour que les étudiants, les internes et les résidents acquièrent une expérience pratique essentielle. Dans ces conditions, le malade peut s'inquiéter des conséquences du consentement refusé, particulièrement s'il est dans un établissement pour malades chroniques ou de soins de longue durée. Ce genre d'établissement est, à toutes fins pratiques, la résidence de la personne pour une période prolongée et le malade peut croire, même par erreur, que son refus de coopérer aux activités d'enseignement de l'établissement nuira aux soins qu'il recevra.

Certains diront qu'en raison de son accès aux différents professionnels et aux locaux sophistiqués de l'hôpital, le malade traité dans un hôpital d'enseignement hospitalier a une obligation de collaborer au programme d'enseignement de l'hôpital et d'y participer. Il se peut, toutefois, que le malade participe au programme d'enseignement de l'hôpital parce que d'autres options n'étaient pas disponibles pour des raisons pratiques; le malade n'est pas entré à l'hôpital parce qu'il voulait participer au programme d'enseignement. Le principe prévalant devrait être celui du consentement informé. Les principaux fournisseurs de soins de l'hôpital voudront peut-être souligner au malade l'importance de participer au programme. Les malades ont toutefois le droit d'être informés du droit de donner ou de refuser leur

consentement de participer aux activités d'enseignement, y compris être soignés par les étudiants, et être certains que leur décision n'influencera pas sur la qualité ou la quantité des soins reçus.

La disposition concernant les renseignements nécessaires pour que le malade donne un consentement informé peut, et devrait, prendre plusieurs formes, en tenant compte de la capacité du malade. Parmi les différents moyens qui devraient être envisagés, il y a notamment les communications verbales claires, les documents écrits préparés pour plusieurs niveaux de compréhension et dans les langues les plus courantes de la communauté, le matériel audio-visuel et l'utilisation d'une formule de consentement uniforme. Ce processus d'éducation du malade quant au traitement proposé et aux options possibles renforce les éléments essentiels du consentement informé et la participation du malade au processus décisionnel.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(9.01) Le gouvernement devrait adopter une loi qui :

a) **établira les critères, les exigences et les processus concernant le consentement informé;**

b) **fournira des garanties aux malades handicapés mentalement concernant le consentement au traitement;**

c) **établira des critères pour la reconnaissance légale des indications concernant les directives médicales comme les testaments;**

d) **indiquera que les malades, y compris les malades des établissements de soins prolongés ou de longue durée, doivent fournir un consentement informé avant de participer aux activités d'enseignement ou de recherche de l'établissement;**

e) **établira les critères pour l'élaboration de formulaires de consentement uniformes et écrits dans un langage simple.**

(9.02) La Loi sur les hôpitaux publics devrait intégrer les éléments de la recommandation 9.01 qui ne font pas partie d'une loi séparée.

9.2.3 L'administration de contraintes

La Loi sur les hôpitaux publics ne mentionne pas l'administration de contraintes pour les malades. Cependant, dans la Loi sur la santé mentale le terme «maîtriser» comprend le contrôle d'un malade, si besoin est, «grâce à l'utilisation minimale de la force, des moyens mécaniques ou des substances chimiques qui sont nécessaires, compte tenu de l'état physique et mental du malade, pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à une autre personne des lésions corporelles graves.»

La Loi sur les hôpitaux publics devrait contenir les mêmes dispositions afin d'encourager le traitement constant et équitable du malade quel que soit le genre d'hôpital où il est admis. La loi devrait exiger que chaque conseil d'hôpital adopte un règlement sur l'administration de contraintes, y compris au moins la documentation dans le dossier du malade des renseignements suivants :

- l'administration de contraintes;
- le mode d'administration de contraintes; et
- le comportement du malade ayant entraîné la contrainte.

Pour aider les conseils des hôpitaux à élaborer leurs règlements, le Ministère devrait préparer des directives sur l'administration de contraintes.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(9.03) La Loi sur les hôpitaux publics devrait :

a) exiger que les conseils d'hôpitaux établissent un règlement sur l'utilisation de la contrainte sur un malade; le règlement devrait exiger que le dossier médical du malade contienne un minimum de

renseignements sur l'utilisation de contrainte, les méthodes et l'administration de contraintes, et le comportement du malade qui a conduit à l'utilisation de contraintes; et

b) définir la restriction d'un malade pour comprendre la maîtrise du malade lorsque cela est nécessaire pour empêcher qu'il ne se blesse gravement ou qu'il ne blesse une autre personne par l'utilisation minimale d'une telle force, par des moyens mécaniques ou chimiques, comme il est jugé raisonnable, compte tenu de l'état physique ou mental du malade.

(9.04) Le ministère de la Santé devrait élaborer des directives à l'usage des hôpitaux concernant la contrainte des malades.

9.2.4 La confidentialité et l'accès au dossier du malade

À l'heure actuelle, le malade peut avoir accès à son dossier médical compte tenu de l'endroit où il a été malade et des dispositions de la loi pertinente. La Loi de 1988 sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée régit les documents tenus par le gouvernement provincial et comprend des règles concernant la collecte, l'utilisation, l'accès et la divulgation de documents personnels, y compris les dossiers médicaux détenus par les établissements définis par la loi.

Cependant, les dossiers des soins de santé ne sont habituellement pas assujettis à cette loi parce que ces dossiers sont tenus dans des organismes, notamment les hôpitaux publics, les bureaux de médecin, les cliniques, les maisons de soins infirmiers, qui ne sont pas directement exploités par le gouvernement. De plus, les dossiers cliniques détenus par les 10 hôpitaux psychiatriques exploités par le gouvernement sont précisément exempts de cette loi parce qu'ils relèvent de la Loi sur la santé mentale qui contient des dispositions concernant le caractère confidentiel des dossiers des malades et l'accès des malades à ces dossiers. Il existe également certaines dispositions dans les règlements actuels pris en

application de la Loi sur les sciences de la santé et la Loi sur l'inscription des psychologues concernant le caractère confidentiel des dossiers des malades. En général, les dispositions des différentes lois ne sont toutefois pas complètes ni uniformes entre elles.

La Loi sur la santé mentale donne aux malades un plus grand accès à leur dossier que les règlements actuels d'application de la Loi sur les hôpitaux publics. Aux termes des règlements actuels d'application de la Loi sur les hôpitaux publics, un conseil d'hôpital peut permettre à un malade ou au représentant qualifié d'un malade d'«inspecter et d'obtenir des renseignements des dossiers médicaux et des notes, tableaux et autres documents relatifs aux soins des malades et d'obtenir des copies de ceux-ci». Selon la Loi sur la santé mentale, les malades ont les droits suivants :

- Un malade qui est mentalement capable a le droit d'examiner et de copier son propre dossier clinique à ses frais;

- Suite aux conseils du médecin traitant, le responsable peut demander la permission au conseil de révision de ne pas divulguer tout le dossier clinique ou une partie de celui-ci et doit aviser le malade si cette demande est faite;

- Le conseil de révision doit guider le responsable pour permettre au malade d'examiner le dossier clinique, à moins que le conseil croit que la divulgation du dossier clinique nuira considérablement au traitement ou au rétablissement du malade, ou donnera lieu à des lésions corporelles et ou des troubles émotifs graves à une autre personne;

- Si seulement une partie du dossier clinique risque de faire du tort au malade ou à une autre personne, le conseil de révision peut exclure cette partie de l'examen du malade;

- Lorsqu'un malade n'est pas mentalement capable, la personne autorisée aux termes de la Loi sur la santé mentale à donner un consentement au nom du malade a droit de demander l'accès aux dossiers;

- Un malade qui a la permission d'examiner un dossier clinique a le droit de demander que des renseignements soient corrigés, de joindre une déclaration de désaccord lorsque la correction n'est pas faite et d'exiger qu'un avis de correction ou un avis de désaccord soit envoyé aux personnes qui ont vu le dossier clinique au cours de l'année précédente; et

- Les anciens malades et les malades externes ont les mêmes droits concernant l'accès aux dossiers que les malades hospitalisés.

Les malades dans un hôpital public devraient avoir les mêmes droits à l'accès à leurs dossiers médicaux aux termes de la Loi sur les hôpitaux publics que les malades d'un établissement psychiatrique qui relève de la Loi sur la santé mentale. Dans la pratique, il y a quelques détails à régler, par exemple, le travail nécessaire pour rendre les dossiers disponibles, la récupération et les coûts appropriés pour l'hôpital. Les frais de récupération des dossiers médicaux ne devraient pas être trop élevés de façon à constituer un empêchement pour la personne qui cherche à obtenir accès, ni trop bas de façon à créer un fardeau pour l'hôpital.

La Loi sur la santé mentale fournit également un modèle approprié pour le caractère confidentiel des dossiers des malades. Cette loi indique que personne ne peut divulguer, transmettre ou examiner un dossier clinique, sauf dans des conditions particulières :

- à une personne, avec le consentement du malade;
- si le malade est mentalement incapable, à une personne avec le consentement de la personne autorisée à donner un consentement au nom du malade aux termes de la Loi sur la santé mentale;

- au responsable, au médecin, aux personnes évaluant ou traitant le malade; ou
- aux personnes faisant de la recherche, de l'enseignement ou la compilation de données statistiques, où l'anonymat du malade doit être préservé.

Le ministère de la Santé a entrepris d'aborder la question de l'accès et du caractère confidentiel des renseignements sur les soins de santé dans tous les établissements. Un cadre de politiques est en préparation. En attendant une nouvelle loi, le Comité de direction croit que la Loi sur la santé mentale concernant le caractère confidentiel des dossiers des malades et l'accès des malades à ces dossiers constitue un modèle convenable pour la Loi sur les hôpitaux publics. La Loi sur les hôpitaux publics devrait contenir des dispositions, fondées sur la Loi sur la santé mentale, définissant l'accès aux dossiers par un tiers. Lorsqu'on donne accès à des fins de recherche, il faut préserver l'anonymat du malade.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(9.05) La ministre de la Santé devrait mettre en oeuvre une loi qui :

a) protège le caractère confidentiel des dossiers médicaux des malades;

b) permet aux personnes d'avoir accès à leur propre dossier médical et aux renseignements concernant leur santé;

c) assure l'accès aux dossiers médicaux pour les activités d'amélioration de la qualité;

d) assure l'accès aux dossiers médicaux pour des fins de recherche tout en préservant l'anonymat du malade.

(9.06) La Loi sur les hôpitaux publics devrait intégrer les éléments de la recommandation 9.05 qui ne font pas partie d'une loi séparée.

9.3 LA PÉRIODE LIMITE POUR LA RESPONSABILITÉ

Il est important d'avoir une période limite pour la responsabilité de l'hôpital qui soit équitable du point de vue du malade et de l'hôpital. Le Comité de direction a examiné un certain nombre de possibilités et souscrit à l'avant-projet de loi sur la prescription présenté le 27 juin 1991 par le ministère du Procureur général pour consultation publique.

L'avant-projet a pour but d'établir un nouvel équilibre entre les droits opposés des plaignants et des défendeurs. L'accès à la justice est mis de l'avant pour les plaignants en s'assurant, comme règle générale, que leurs demandes ne sont pas révoquées avant qu'ils soient mis au courant. Le besoin du défendeur d'établir la certitude est reconnu en établissant une période limite ultime après quoi la plupart des réclamations ne peuvent pas être faites.

Aux termes de la Loi sur la prescription, la période limite de deux ans prévue dans la Loi sur les hôpitaux publics actuelle ainsi que plusieurs périodes limites désuètes et déconcertantes seraient remplacées par une seule période limite de deux ans. Celle-ci ne commencerait pas avant que le plaignant ait accumulé suffisamment de données pour commencer les procédures. La demande ne serait finalement exclue que si une partie ne communiquait pas sa demande avant 30 ans.

Toutefois, un délai plus court de 10 ans s'appliquerait à toutes les demandes comprenant la négligence des hôpitaux ou des employés des hôpitaux ainsi que toutes les demandes relatives à la négligence ou la faute professionnelle touchant un professionnel de la santé, uniquement si ces demandes existent toujours dans le cas d'incapacité et de minorité (moins de 18 ans). Cette période limite plus courte ne s'appliquerait cependant pas aux demandes fondées sur un objet étranger oublié, sans but thérapeutique ou diagnostique, dans le corps de la personne faisant la réclamation.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(9.07) Le gouvernement devrait adopter une loi concernant les périodes limites pour la responsabilité :

a) qui établit une période limite de deux ans à compter de la date de la découverte de la blessure;

b) qui établit une période limite finale de 30 ans après la journée durant laquelle l'acte ou l'omission s'est produit et sur lequel la demande est fondée, et une période limite plus courte de 10 ans pour les demandes concernant la négligence des hôpitaux ou des employés de l'hôpital ainsi que les demandes relatives à la négligence ou faute professionnelle touchant des professionnels de la santé, sauf pour les demandes pour «objets retenus»; et

c) qui maintient la loi actuelle et qui indique que les périodes limites ne s'appliquent pas aux personnes mineures ou handicapées.

(9.08) La Loi sur les hôpitaux publics devrait intégrer les éléments de la recommandation 9.07 qui ne font pas partie d'une loi séparée comme ils se rapportent aux hôpitaux.

9.4 LE PORTE-PAROLE POUR LES MALADES

La Loi sur les hôpitaux publics devrait donner la chance aux malades de faire faire des rajustements ou des changements dans la manière ou le mode d'intervention subi. La loi actuelle n'exige pas que l'hôpital fournisse, bien que plusieurs le fassent, un «porte-parole» ou «défenseur» pour aider le malade à traiter avec cet établissement complexe. Des centaines de milliers de contacts sont établis entre les malades et les fournisseurs de soins tous les jours dans les hôpitaux de l'Ontario. Dans un établissement de grande taille, les conflits sont inévitables entre ceux qui servent et ceux qui sont servis. La nécessité d'échanger des renseignements est

sans fin. Il est préférable pour les malades et l'hôpital que les conflits soient réglés rapidement et que les renseignements demandés soient fournis rapidement.

On a examiné trois modèles de relation malade-défenseur ou de représentation provenant du centre de défense des personnes âgées, du Bureau du défenseur des droits des malades mentaux et du représentant des malades dans certains hôpitaux généraux. Chaque mécanisme contient des variantes même si les objectifs sont semblables. Ils ont tous pour but d'aider les malades lorsqu'ils sont à l'hôpital. Chaque hôpital devrait avoir un service aux malades.

9.4.1 Le service aux malades

Le service aux malades varie d'un hôpital à un autre selon sa taille, son milieu et son histoire. Toutefois, les services aux malades de tous les hôpitaux doivent avoir des éléments communs afin d'assurer des services de base aux malades dans tous les hôpitaux de la province.

Le service aux malades devrait :

- servir de point de convergence, fournir des renseignements aux malades, et obtenir et faciliter le règlement des problèmes des malades;
- aider les malades à faire connaître leur opinion concernant la planification et la qualité des services;
- aider les malades qui ont peut-être de la difficulté à défendre leurs besoins et leurs droits; et
- recommander des changements dans la pratique et les procédures des hôpitaux au besoin, y compris la protection des employés des hôpitaux qui font état de pratiques douteuses touchant les malades ou le système dans l'hôpital.

Le service aux malades devrait faire partie de la structure interne de l'hôpital mais fonctionner séparément des départements de l'hôpital. Il devrait avoir accès à tous les secteurs de l'hôpital, être connu dans tout l'hôpital et relever directement du

PDG. Le service aux malades devrait siéger au Conseil consultatif commautaire, au comité du conseil responsable de la qualité et au comité de gestion responsable de l'amélioration de la qualité.

Le service aux malades aura besoin d'une source de financement protégée. Il pourra ainsi maintenir son engagement envers le service aux malades et demeurer indépendant des pressions internes dans l'hôpital. Le Ministère pourrait directement financer le service ou inclure le financement dans une partie protégée et identifiée de sa subvention d'exploitation annuelle.

Ce ne sont pas tous les hôpitaux qui seront assez grands pour subvenir à un service aux malades. Dans de tels cas, il faudra prendre d'autres dispositions. Une solution serait de partager un service entre plusieurs hôpitaux; une autre serait que le service aux malades relève de quelqu'un (ou d'un groupe) qui a déjà des responsabilités dans l'hôpital.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(9.09) La Loi sur les hôpitaux publics devrait :

a) **établir les responsabilités d'un service aux malades;**

b) **exiger que les conseils d'hôpitaux mettent sur pied un service aux malades;**

c) **prévoir le fonctionnement indépendant d'un service aux malades, y compris une source de financement protégée; et**

d) **assurer la protection des employés qui se sont plaints de pratiques douteuses à l'hôpital.**

9.4.2 Le service de défense de la province

Le service aux malades sera probablement en mesure de répondre à la vaste majorité des questions qui peuvent être soulevées après le séjour à l'hôpital de la plupart des malades. Il y a deux genres de situations où le service ne sera peut-être pas suffisant. La première serait lorsque le service n'est pas en mesure de régler des problèmes pour le malade à l'hôpital. Une situation connexe serait lorsque l'hôpital devient partie à une poursuite judiciaire par un malade, par exemple, en raison d'une allégation de mauvais traitements par un employé. La deuxième situation serait lorsque les difficultés connues par le malade ne sont pas particulières au malade ou à l'hôpital mais systémiques au milieu hospitalier en général. Dans ces deux situations, il faudrait peut-être un service de défense du malade plus général et plus fort.

Le gouvernement provincial a présenté le projet de loi 74, Loi de 1991 sur l'intervention. Ce projet de loi vise l'intervention dans les cas juridiques et systémiques et semble comprendre les malades hospitalisés. Dans ces circonstances, il est préférable de s'assurer que les dispositions de cette loi proposée sont accessibles aux personnes dans les hôpitaux publics que d'élaborer un système d'intervention indépendant séparé dans les limites de la Loi sur les hôpitaux publics.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(9.10) La loi devrait assurer que les personnes dans un hôpital public ont accès au service de défense proposé de la province.

CHAPITRE 10 LES RESPONSABILITÉS DE LA PROVINCE

10.1 INTRODUCTION

Aux termes de la Loi sur le ministère de la Santé et de ses règlements d'application, le ministre de la Santé est, entre autres, responsable d'élaborer, de coordonner et de maintenir des services de santé complets et un système équilibré et intégré d'hôpitaux et d'autres établissements de santé en Ontario; (al.6(1)c)); de diriger les soins, les traitements, les services et les locaux fournis par les hôpitaux et les établissements de santé et d'évaluer les revenus nécessaires pour fournir ces soins, traitements et services; (al.6(1)g)); d'étudier et de déterminer les hôpitaux et établissements de santé, les services et les employés nécessaires pour répondre aux besoins des résidents de l'Ontario en matière de santé (al.6(2)a)).

La Loi sur les hôpitaux publics donne au ministre des responsabilités précises concernant l'organisation et l'exploitation de chaque hôpital, et la législature doit approuver le financement des hôpitaux.

Il n'y a toutefois pas de description dans la loi ou les règlements sur ce que signifie un système complet, équilibré et intégré de services et d'établissements de santé; ce que sont les objectifs et les façons de procéder du système provincial; ce que sont les objectifs, les directives que les hôpitaux doivent suivre et le cadre provincial à l'intérieur duquel ils doivent fonctionner pour atteindre l'équilibre et l'intégration. On ne parle pas des obligations particulières du ministre quant à l'élaboration ou l'exploitation du système intégré dans lequel l'hôpital fonctionne ni des procédures et des opérations par lesquelles cela se produira.

Il faut une loi qui jettera les bases d'un système provincial d'hôpitaux et d'établissements de santé intégré et tourné vers l'avenir. La législation devrait établir les responsabilités du gouvernement, des hôpitaux et des organismes intermédiaires, comme les conseils régionaux de santé, en ce qui a trait au développement et à l'instauration d'hôpitaux et d'autres programmes, services,

traitements et soins, et les processus de négociation et de prise de décisions. Dans un tel cadre législatif, le ministre établirait des objectifs et des directives par lesquels l'hôpital pourrait mettre en oeuvre son contrat social et s'acquitter de ses responsabilités face au gouvernement.

Les trois principaux secteurs où la province doit définir ses rôles, responsabilités et mécanismes d'exploitation sont la planification, le financement et la réglementation. On devrait aussi éclaircir les responsabilités de la province quant aux modifications de services.

10.2 LE CADRE DE PLANIFICATION PROVINCIAL POUR LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

Étant donné l'étendue et la diversité des intérêts dans le domaine de la santé en général, et le secteur hospitalier en particulier, il ne serait pas réaliste de recommander que le gouvernement provincial élabore un «programme pour les hôpitaux» dans la province. On ne sait pas vraiment ce que le programme comprendrait, qui en ferait partie, ou quand et comment il serait possible de s'entendre sur celui-ci. Au lieu d'un programme provincial, le gouvernement devrait établir des objectifs et des priorités concernant la santé; fournir des fonds et d'autres primes pour encourager les intervenants à coopérer entre eux; mettre en place des mécanismes par lesquels les problèmes peuvent être réglés tout en maintenant les objectifs provinciaux. Cette approche n'aura peut-être pas la clarté d'un «programme» mais, d'après notre expérience, elle aura plus de succès.

Il est donc important que la ministre élabore des objectifs et des priorités concernant la santé et prévoie une loi par laquelle ces objectifs peuvent être atteints. Cette loi serait probablement différente de la Loi sur les hôpitaux publics et comprendrait les éléments nécessaires du système de soins de santé de la province. Pour ce qui est du secteur hospitalier, la législation doit toucher trois secteurs : les rôles et responsabilités du ministère, la structure et le processus de planification, et les rôles

et responsabilités des conseils régionaux de santé et des autres responsables de la planification.

10.2.1 Les rôles et responsabilités du Ministère

La loi sur la planification devrait réglementer et orienter la planification intégrée dans tout le système de soins de santé. Elle devrait être fondée sur les objectifs de santé de la province et préciser les rôles et responsabilités du Ministère. La loi devrait également établir les procédures pour l'élaboration et l'exploitation d'un «système intégré et équilibré d'établissements et de services de santé en Ontario».

Elle définirait ce à quoi le gouvernement, agissant au nom du public, s'attend des hôpitaux et des autres établissements, organismes et fournisseurs individuels qui constituent tout le système de soins de santé, les rôles et responsabilités du secteur hospitalier et la relation entre chaque hôpital et l'ensemble du système.

10.2.2 La structure du processus de planification

Les hôpitaux publics devraient être obligés de mener leur planification à long terme et d'établir leurs contrats sociaux dans le contexte d'un système coordonné, intégré et équilibré de services et d'établissements de santé. Cependant, il n'existe pas de directives claires que les hôpitaux peuvent suivre concernant les parties à inclure dans les consultations sur la planification, la nature des consultations, ou les processus par lesquels les différends peuvent être réglés.

Les conditions et les pratiques locales varient tellement dans la province que le Ministère devrait au moins préciser dans une loi les normes minimum que le processus de planification doit satisfaire. Le conseil de l'hôpital a besoin de certains critères lui permettant de juger s'il s'est acquitté de ses responsabilités ralatives à la coordination et à la collaboration dans la planification et l'élaboration de programmes et services de l'hôpital.

La loi proposée devrait préciser le processus de planification, y compris :

- ce que les programmes et le contrat social doivent comprendre;
- les critères servant à identifier les intervenants;
- les mécanismes pour mettre en oeuvre la planification coordonnée;
- les processus pour obtenir l'approbation de nouveaux programmes et services et modifier les anciens;
- les processus par lesquels les hôpitaux peuvent régler leurs exigences dans le contexte des programmes et les aspirations d'autres hôpitaux et d'autres établissements de santé dans la région; et
- la coordination des services et opérations de chaque hôpital et des autres établissements de santé d'une ville pour créer des programmes régionaux et provinciaux.

10.2.3 **Le rôle du conseil régional de santé et des autres organismes intermédiaires**

Des organismes de planification et de coordination intermédiaires entre les hôpitaux et le Ministère sont nécessaires. Le conseil régional de santé est un de ces instruments intermédiaires par lequel la planification au palier régional peut être coordonnée et le ministre tenu au courant des questions de planification dans la région. En plus des conseils régionaux de santé, certaines parties de la province ont peut-être besoin de conseils de planification régionaux comprenant plusieurs conseils régionaux de santé. La loi devrait clairement établir que la planification et la coordination font partie du mandat des organismes régionaux.

Les conseils régionaux de santé et les autres organismes de planification intermédiaires, le cas échéant, ont besoin de directives du Ministère sur la façon d'assumer leurs responsabilités, la structure et les mécanismes dans lesquels leur coordination devrait se faire; les processus qu'ils devraient instituer pour assurer et démontrer que tous les intervenants appropriés ont été inclus dans le processus. Les conseils régionaux de santé ont également besoin de directives sur la façon de traiter les questions entourant l'accord ou le désaccord entre les différentes parties; le degré d'accord qu'il faut atteindre pour que l'hôpital et le conseil soient tous les

deux convaincus que chacun a rempli ses obligations en vue d'en arriver à une planification coordonnée, coopérative et intégrée; le degré de désaccord qui peut être accepté avant qu'un conseil régional de santé ait à aviser le ministre qu'il ne peut pas arriver à une entente entre l'hôpital et sa collectivité.

Aux termes du programme d'assurance-santé actuel, presque tous les hôpitaux sont des établissements publics. Toutefois, quelques-uns ne le sont pas et il existe d'autres services de santé privés comme des laboratoires, des cliniques de radiologie, des centres de santé communautaire et d'autres établissements de santé indépendants qui peuvent fournir des soins semblables à ceux des hôpitaux. L'organisation des services de santé est en pleine évolution. Le présent rapport ne prend pas position sur l'avantage d'augmenter ou de réduire le nombre d'hôpitaux privés. Il est toutefois important, du point de vue de la planification et de la coordination locales et provinciales, que les services de santé privés participent à la planification locale et que la loi sur la planification proposée inclut les services et établissements publics et privés dans le mandat du conseil régional de santé.

S'il n'y a pas de nouvelle loi sur la planification, le ministre devrait élaborer des directives concernant la planification et la coordination du secteur de la santé, y compris les hôpitaux.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(10.01) **Le ministère de la Santé devrait introduire une loi qui rend obligatoire la planification coordonnée et intégrée aux niveaux du district, de la région et de la province, et qui s'applique aux secteurs public et privé du système de santé.**

10.3 LE FINANCEMENT

Les questions concernant le financement provincial portent sur la structure du processus de financement discutée au chapitre 6, c'est-à-dire les limites des fonds

d'exploitation, le financement des immobilisations, et les critères et procédures visant à aider la province et les hôpitaux à assumer leurs responsabilités respectives pour la dépense des fonds publics.

10.3.1 Les fonds d'exploitation

À l'heure actuelle, le Ministère finance la plupart des coûts d'exploitation des hôpitaux. Ces fonds sont fournis de façon globale pour chaque exercice financier. À quelques exceptions près, on s'attend à ce que tous les hôpitaux assument tous leurs coûts d'exploitation pour l'exercice financier à partir de ce montant global et des revenus que les hôpitaux peuvent obtenir d'autres sources. Cette approche a l'avantage d'établir l'engagement financier de la province tout en donnant à l'hôpital la liberté et la souplesse d'utiliser ses fonds de la façon qu'il la juge plus appropriée pour répondre aux exigences locales.

L'approche du budget global devrait être retenue. Il ne serait pas judicieux d'instituer un système de financement dépendant uniquement du volume de services de l'hôpital. Un tel système enlèverait le pouvoir de la province de contrôler les fonds publics alloués à l'exploitation de l'hôpital et inciterait moins l'hôpital à contrôler l'utilisation de ses ressources. Il serait quand même pratique, pour renforcer les méthodes d'allocation actuelles, de tenir compte des changements dans la population, le volume, le genre de cas et les activités d'un hôpital afin de favoriser une plus grande uniformité et équité dans la répartition des fonds provinciaux d'exploitation entre les hôpitaux de la province.

Les contrats avec la province. L'hôpital public peut être un instrument important pour atteindre les objectifs économiques et de santé particuliers du gouvernement qui peuvent ne pas être considérés comme relevant du financement global de l'hôpital. La nouvelle Loi sur les hôpitaux publics devrait donc permettre au Ministère de signer des contrats avec chaque hôpital et les organismes intermédiaires qui orientent le financement afin de répondre aux objectifs provinciaux et régionaux particuliers. Ce pouvoir devrait permettre au Ministère de

préciser le genre et le nombre de services que doit rendre l'hôpital en retour du financement, et à l'hôpital de négocier le prix demandé pour chaque service. Ce processus peut jouer un rôle important dans la planification financière à long terme de l'hôpital et dans la réalisation des objectifs particuliers des services et programmes provinciaux.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(10.02) **La ministre de la Santé devrait être autorisée à signer des contrats avec des hôpitaux particuliers et des organismes intermédiaires afin d'obtenir des services particuliers pour des programmes régionaux ou provinciaux.**

10.3.2 La Loi sur les subsides de la Couronne

Lorsque l'on traite des questions concernant le financement des immobilisations et le financement d'exploitation, il est important de se rappeler les exigences établies dans le Budget des dépenses auxquelles doit satisfaire le Ministère en ce qui a trait à l'allocation de fonds.

Le paiement des subventions d'immobilisations et d'exploitation aux hôpitaux par le ministère de la Santé est autorisé par le processus du Budget des dépenses. Le «Budget» comprend les prévisions écrites des montants demandés par les différents ministères et bureaux du gouvernement pour mettre en oeuvre et financer les programmes et politiques du gouvernement pour l'exercice financier correspondant au budget.

Après un examen, le Budget des dépenses est approuvé par la législature aux termes de la Loi (de l'année) sur les subsides de la Couronne. La loi prévoit le paiement des montants du Budget des dépenses pour chaque ministère à partir du Trésor. La Loi sur les subsides de la Couronne exige que les dépenses autorisées par la loi ne soient appliquées que selon les crédits et postes du Budget des

dépenses et du Budget des dépenses supplémentaires, sur lesquels l'annexe est fondée.

Ainsi, le ministre de la Santé n'a pas le pouvoir de transférer des fonds provinciaux aux hôpitaux; c'est la législature qui peut le faire aux termes de la Loi sur les subsides de la Couronne. Cette loi exige que le ministre utilise les fonds aux fins auxquelles ils ont été crédités. Le ministre de la Santé n'a pas le pouvoir d'allouer des fonds désignés dans le Budget des dépenses pour l'exploitation à des fins d'immobilisations ou inversement.

Le Financement pluriannuel. La saine gestion des ressources des hôpitaux, la planification à long terme et les contrats sociaux avec leurs répercussions à long terme sur les programmes, les services et le financement, nécessitent que les hôpitaux puissent planifier et administrer les finances sur une base pluriannuelle. Il faudra de plus en plus prévoir la situation fnancière à long terme étant donné que beaucoup plus d'entre eux ont des contrats sociaux assortis d'engagements à long terme pour des programmes et des services concernant les malades, la collectivité, l'éducation et la recherche.

Toutefois, la Loi sur les subsides de la Couronne ne prévoit le financement que sur une base annuelle. Dans le passé, le gouvernement provincial ne s'était pas engagé à fournir des fonds aux hôpitaux sur une base pluriannuelle de façon à lier la province quels que soient les résultats des élections ou d'autres circonstances. Cependant, dans la réalité, l'aide provinciale aux hôpitaux a été relativement prévisible d'une année à l'autre. L'engagement au financement pluriannuel ne fait que rendre explicite ce qui est déjà implicite dans le financement du gouvernement provincial. Le problème fondamental est que pour avoir une saine gestion, les hôpitaux doivent planifier et cela signifie qu'ils doivent pouvoir prédire leur financement sur une période plus longue que ce qu'ils peuvent faire actuellement. Avec l'aide financière habituelle de la province, l'écart ne semble pas impossible à combler.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(10.03) Le gouvernement devrait prendre les mesures en vue de faciliter la planification financière pluriannuelle des hôpitaux.

10.3.3 Le financement des immobilisations

Le ministère de la Santé est la plus grande source de financement des immobilisations d'un hôpital. Il assume habituellement jusqu'aux deux tiers des coûts d'un programme d'immobilisations d'un hôpital et davantage dans les plus petites collectivités du Nord de l'Ontario (sans compter le remplacement de l'équipement). À l'heure actuelle, le Ministère exerce son droit d'approbation pour toutes les propositions de développement, d'amélioration et de rénovation d'un hôpital. Du point de vue du Ministère, il s'agit surtout d'une question d'argent. Les projets d'immobilisations d'un hôpital entraînent souvent des coûts d'exploitation plus élevés; les ressources de la province sont limitées et, par conséquent, la province participe de façon minime à l'approbation de chaque projet d'immobilisations. L'hôpital recherche toutefois une plus grande souplesse et autonomie dans ses dépenses de fonds d'immobilisations afin de répondre aux besoins locaux.

Il faut établir un équilibre entre les deux positions. Il n'est pas dans l'intérêt du public que le Ministère scrute tous les projets d'immobilisations mineurs. Cependant, il est dans l'intérêt du public que le Ministère s'assure que les projets d'immobilisations sont conçus de façon intelligente et n'entraînent pas de coûts d'exploitation plus élevés que ceux convenus ou des changements non approuvés dans le contrat social de l'hôpital avec la collectivité.

La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que des règlements soient pris pour établir des seuils concernant les dépenses d'immobilisations qu'il faut approuver. Ces règlements devraient être guidés par le principe voulant que, dans la mesure où les projets d'exploitation et à long terme de l'hôpital sont approuvés par le ministère

de la Santé, les règlements permettent, dans les limites définies et sans autre approbation du ministère de la Santé :

- des modifications mineures qui ne changent pas considérablement les services;
- des projets de financement qui ne font pas courir de grands risques financiers à l'hôpital en mettant en danger sa viabilité; et
- la libre utilisation des fonds à des fins d'immobilisations dans le contexte des projets approuvés.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(10.04) **La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que des règlements définissent l'éventail des projets d'immobilisations qui ne nécessitent pas l'approbation du ministère de la Santé.**

10.3.4 Le pouvoir de financer

La loi actuelle donne au ministre le pouvoir de fournir de l'aide aux hôpitaux aux termes des règlements. Ceux-ci ne contiennent toutefois rien sur les subventions d'exploitation. Le pouvoir du ministre d'allouer des fonds d'exploitation à chaque hôpital fait partie de la Loi sur le ministère de la Santé et de la Loi sur l'assurance-santé. Il serait plus approprié que ce pouvoir relève de la Loi sur les hôpitaux publics.

Une autre question est celle des fonds d'exploitation axés vers des programmes. La nouvelle Loi sur les hôpitaux publics devrait préciser le pouvoir du ministre quant aux subventions d'exploitation versées aux hôpitaux et aux autres organismes pour les programmes destinés aux malades, la recherche, l'éducation et les activités connexes. Même si le ministre accorde ces subventions, il serait bon que son pouvoir soit expliqué dans la Loi sur les hôpitaux publics.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(10.05) **Le ministre de la Santé devrait avoir le pouvoir d'octroyer des fonds de fonctionnement aux hôpitaux et aux autres organismes, pour des programmes particuliers s'adressant aux malades, la recherche, l'éducation et les activités connexes.**

10.3.5 Les appels

Un hôpital a deux raisons de demander des changements dans le montant de son financement global. Il peut remettre en question les raisons fondamentales utilisées par le ministre pour déterminer le montant global ou il peut dire que le Ministère a fait une erreur de calcul ou technique. Nous ne suggérons pas que l'hôpital devrait avoir le droit d'en appeler de l'à-propos de son allocation de financement globale; toutefois, les hôpitaux devraient pouvoir se prévaloir d'un processus défini par lequel ils peuvent en appeler de l'allocation de fonds pour des raisons techniques très limitées (la formule est fautive) ou des erreurs statistiques.

Un processus d'appel équitable nécessite des renseignements fiables et constants et des rapports des hôpitaux. À l'heure actuelle, des divergences dans les rapports peuvent entraîner des allocations de fonds qui profitent plus à certains hôpitaux qu'à d'autres. Pour les besoins de l'équité et de l'efficacité, le ministre devrait préciser les normes que devraient contenir les rapports.

Une autre question reliée aux appels est le moment où le ministre annonce les subventions d'exploitation annuelles de l'hôpital. Ces annonces sont souvent faites après que l'hôpital a pris des décisions concernant ses programmes et ses services pour l'exercice financier en cours. Les annonces sont parfois faites après le début de l'exercice financier. Cette situation peut entraîner des incertitudes et des retards dans les programmes et les services. L'hôpital n'a pas beaucoup la chance d'interjeter appel. Parfois, les retards dans l'annonce des subventions d'exploitation

annuelles du Ministère soulèvent des questions de financement plus vastes. Néanmoins, la situation actuelle peut probablement être améliorée.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(10.06) **Le ministre de la Santé devrait mettre au point, après consultation avec l'hôpital, une formule juste et uniforme qui favorise l'approche actuelle de répartition des fonds provinciaux entre les hôpitaux, qui tient compte du volume des services, de la variété des cas, des circonstances changeantes dans la collectivité et d'autres questions pertinentes.**

(10.07) **Le ministre de la Santé devrait élaborer des règlements qui indiquent les motifs techniques sur lesquels les hôpitaux peuvent en appeler de la répartition de leurs fonds.**

(10.08) **Le ministre de la Santé devrait établir, pour la répartition des fonds aux hôpitaux, des échéanciers qui favorisent de saines pratiques de planification et de gestion.**

10.4 LA MODIFICATION DES SERVICES

Des changements démographiques, des cas inattendus et d'autres situations imprévues peuvent obliger un hôpital à modifier ses services. À l'heure actuelle, la modification des services relève du Ministère. Le Ministère tient compte des services offerts actuellement par l'hôpital, des avis du conseil régional de santé sur les besoins de la région, des services et propositions d'autres hôpitaux de la région ainsi que de son propre budget. Dans l'avenir, les propositions de l'hôpital concernant les modifications aux services pourront entraîner des changements à son contrat social ou à d'autres projets. Les procédures concernant la modification des services proposés par l'hôpital dans le contrat social, ou dans d'autres projets, devraient être établies par le Ministère et intégrées dans chaque contrat social. La

mise en oeuvre des procédures appropriées simplifiera et clarifiera ce qui est maintenant un processus incertain nécessitant beaucoup de temps et d'efforts inutiles.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(10.09) **Le ministre de la Santé devrait indiquer les cas où le ministre ou l'hôpital devra modifier les services de l'hôpital et la méthode pour faire ces modifications, en tenant compte du contrat social de l'hôpital et des parties en cause.**

10.5 LES ORGANISMES INTERHOSPITALIERS

Les organismes interhospitaliers vont de la collaboration volontaire à la fusion d'entreprises. La Loi sur les hôpitaux publics ne parle pas des questions d'organismes regroupant des hôpitaux par l'entremise de fédérations, de fusions, ou de partenariats par exemple, si ce n'est pour indiquer que l'approbation du ministre est nécessaire pour établir de nouveaux hôpitaux.

La Loi sur les hôpitaux publics devrait permettre aux hôpitaux de fusionner, de regrouper des programmes ou services cliniques, ou de créer de nouveaux organismes. Selon la taille des hôpitaux en cause ou l'importance du regroupement, l'approbation du Ministère peut être nécessaire. De même, dans certains cas, le ministre de la Santé devrait avoir le pouvoir de demander à certains hôpitaux de travailler ensemble dans des structures organisationnelles officielles. Ce pouvoir renforcerait le principe fondamental voulant que tous les hôpitaux publics constituent les éléments d'un «système hospitalier public» dont le but est de servir l'intérêt du public, et que le ministre est responsable de ce système.

Il existe un certain nombre de considérations qui devraient sous-tendre une approche législative aux situations où les hôpitaux doivent collaborer mais ne le peuvent ou ne le veulent pas.

a) La collaboration entre hôpitaux devrait être facilitée et accomplie volontairement par les hôpitaux;

b) Lorsqu'elle n'est pas volontaire, la collaboration entre hôpitaux devrait être exigée aux termes de la Loi sur les hôpitaux publics;

c) Toute coercition à la collaboration entre hôpitaux ne devrait être exercée par le gouvernement qu'en dernier ressort, après que les primes encourageant la collaboration ont échoué au palier local et régional;

d) Les hôpitaux et le ministère de la Santé devraient chercher à connaître l'opinion des responsables de la planification locale et régionale pour trouver les moyens les plus efficaces et sensibles d'obtenir la collaboration entre hôpitaux.

Pour faire suite à ces considérations, une gamme d'outils en matière de politiques devraient être prévus dans la Loi sur les hôpitaux publics pour favoriser et orienter la collaboration entre hôpitaux. On prévoit quatre paliers de collaboration.

10.5.1 **La coordination des contrats sociaux**

Le premier outil en matière de politiques serait que le Ministère exige que chaque hôpital élabore ses contrats sociaux pour que chaque contrat s'apparente à ceux des autres hôpitaux et aux responsabilités des autres établissements fournissant des services de santé à la collectivité. Les conseils régionaux de santé et les organismes de planification régionale, qui peuvent être établis au besoin, devraient obtenir du Ministère le pouvoir de faciliter la coordination des différents contrats sociaux qui relèvent de leurs responsabilités respectives.

Nous avons déjà recommandé que le contrat social de chaque hôpital soit signé par le ministère de la Santé, en tant que représentant de la communauté servie par l'hôpital, sur réception de l'avis de l'hôpital et du conseil régional de santé pertinent

ou de l'organisme de planification régionale. Nous pouvons prévoir des liens entre l'approbation du contrat social d'un hôpital et l'approbation par le gouvernement provincial de son budget et de ses projets concernant son exploitation et son financement.

Le contrat social est un argument de taille pour la collaboration entre hôpitaux. Cet outil sera probablement suffisant, dans la grande majorité des cas, pour amener la rationalisation sensible des services hospitaliers. Les hôpitaux fournissant des services aux mêmes collectivités trouveront habituellement qu'il est préférable pour eux de former des organismes ou des associations volontaires pour faciliter la planification conjointe. C'est de loin la meilleure méthode pour promouvoir la collaboration entre hôpitaux publics (et, en fait, entre tous les organismes et personnes du système de santé).

10.5.2 Le partenariat ou entreprise commune entre les hôpitaux publics

Un deuxième outil en matière de politiques comprendrait un niveau plus élevé d'organisation qui transcenderait l'association volontaire. Le partenariat ou l'entreprise commune est vu comme une entente formelle entre les personnes ou les organismes pour mettre en commun leurs efforts afin d'atteindre des objectifs d'intérêts et d'avantages mutuels.

Nous concevons une relation semblable à celle prévue dans la Loi sur les sociétés en nom collectif entre les hôpitaux ayant des contrats sociaux complémentaires. Les hôpitaux voudront peut-être établir des liens officiels assortis de plus de pouvoirs que dans le cas d'une association volontaire pour lier le processus décisionnel sans fusionner officiellement leurs organismes cadres.

Ce genre de partenariat ou d'entreprise commune serait probablement fondé sur un contrat limité dans le temps par lequel chaque «partenaire» serait lié par des décisions collectives prises conformément à des processus décisionnels clairement définis et bien compris; ces décisions étant habituellement restreintes aux sujets ou

domaines de responsabilité déjà convenus concernant des services ou des objectifs particuliers. Certains hôpitaux peuvent choisir le partenariat ou l'entreprise commune comme extension logique d'une association volontaire afin de donner un caractère plus officiel à leur structure décisionnelle mutuellement acceptée. Lorsque ce genre de partenariat ou d'entreprise commune est proposé, le ministère de la Santé devrait en faire l'examen suivant l'avis du conseil régional de santé, ou de l'organisme de planification régionale, en tenant compte des conséquences pour les contrats sociaux des partenaires, de la coordination et de l'intégration des services dans la région.

La Loi sur les hôpitaux publics devrait également accorder au ministre le pouvoir de demander que les services soient partagés selon un «partenariat» ou une entreprise commune sur la recommandation du conseil régional de santé ou d'un autre organisme de planification. Le ministre devrait également avoir le pouvoir de demander une entreprise commune lorsqu'un certain hôpital hésite à participer, ou refuse de participer, et que cette participation est perçue comme étant d'intérêt public. Dans toutes ces situations, le ministre aurait le pouvoir de financer les activités du partenariat ou de l'entreprise commune, comme par exemple, un laboratoire commun, des services informatiques ou des services hospitaliers de base.

10.5.3 Les systèmes fédérés avec des conseils d'administration séparés

Un genre plus officiel d'organisation, différent de l'association volontaire et de l'entreprise commune ou «partenariat», est le système fédéré. Avec ce système, un groupe d'organismes, ayant chacun son propre conseil d'administration, accepte de coopérer dans des sphères définies d'activité et crée un nouveau conseil fédéré pour orienter les enjeux dans des domaines acceptés par chaque organisme.

Une des étapes essentielles dans la formation d'un système fédéré est l'établissement d'un nouveau conseil fédéré. Même si, logiquement, le nouveau conseil représenterait un nouvel organisme, il n'est pas nécessaire qu'il en soit ainsi.

Le nouveau conseil pourrait exercer les pouvoirs délégués par les membres de la fédération. Le fondement de cette fédération serait une entente entre ses membres sur les pouvoirs à consigner au conseil fédéré et sur ceux conservés par les conseils d'administration membres.

Malgré ces problèmes possibles, la fédération, en tant qu'organisme favorisant la collaboration entre hôpitaux, offre des avantages dans certaines situations. Par exemple, une fédération peut être créée pour une période donnée, être responsable d'établir la collaboration dans un domaine précis, comme le développement de services administratifs ou cliniques intégrés. De plus, le pouvoir de la fédération peut être étroitement décrit et limité par ses lettres patentes ou sa constitution. Le conseil fédéré peut aussi être tenu directement responsable pour la délégation de ses attributions sans que cette responsabilité repose directement sur chaque membre. Si la fédération couvre une vaste gamme de programmes, il est probable que les organismes participants seraient mieux servis par une fusion complète.

Nous reconnaissons que les fédérations peuvent causer des problèmes, particulièrement si elles retirent des conseils des organismes fondateurs tous les pouvoirs et responsabilités, les rendant des organismes «vides». Ce danger devrait être reconnu dès le départ par les membres d'une fédération proposée. L'inverse peut également être vrai. Un conseil fédéré doit recevoir du travail utile à faire et suffisamment de pouvoirs pour le faire, à défaut de quoi, il n'aurait aucune raison d'exister. Il faut prendre soin de conserver un équilibre entre la responsabilité et les pouvoirs de la fédération et la responsabilité et les pouvoirs des différents conseils d'administration membres.

La formule de la fédération s'adapte probablement mieux à la collaboration entre programmes des hôpitaux membres, par exemple, pour créer et exploiter des services gériatriques ou des services de chirurgie cardiaque servant plusieurs hôpitaux. Même si les systèmes fédérés pouvaient être imposés aux conseils d'administration des hôpitaux opposés, ils auraient plus de succès s'ils étaient

formés volontairement et servaient des causes jugées souhaitables par tous les établissements membres.

10.5.4 Les fusions

À l'heure actuelle, la Loi sur les hôpitaux publics exige l'accord du ministre de la Santé pour la formation de tous les nouveaux organismes cadres responsables des hôpitaux publics. Étant donné que les systèmes fédérés pourraient aboutir à l'établissement de nouveaux organismes dotés de leurs propres conseils d'administration, et que les fusions aboutiraient certainement à de telles sociétés, cette exigence législative continue donnerait au ministre suffisamment de pouvoirs pour prévenir la création d'organismes qui, de l'avis du ministre, ne seraient pas d'intérêt public.

En plus de prévenir les fusions, il pourrait y avoir des cas où le ministre de la Santé devrait avoir le pouvoir de demander la fusion de deux hôpitaux publics ou plus. Dans l'intérêt de l'équité, le pouvoir du ministre de demander la fusion d'hôpitaux devrait être limité par un processus auquel participeraient ceux qui prennent des décisions dans la collectivité et la région afin de s'assurer que l'intérêt public serait vraiment servi par une telle fusion. Ce processus devrait comprendre les conseils régionaux de santé et les organismes de planification régionale, et devraient donner de nombreuses chances aux hôpitaux qui peuvent être touchés de présenter leur point de vue pour ou contre la fusion (ou la fédération ou l'entreprise commune) dans une tribune qui permettrait au public touché de participer.

Le ministre ne devrait forcer la fusion que dans deux cas :

1) s'il est évident que les processus reliés à la coordination volontaire des contrats sociaux des hôpitaux touchés n'ont pas réussi à engendrer la collaboration;

2) si la fusion proposée est clairement dans l'intérêt du public, selon un processus approuvé par le ministre et touchant le conseil régional de santé ou l'organisme de planification régionale, pour assurer cet intérêt.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(10.10) La Loi sur les hôpitaux publics devrait autoriser le ministre, lors de circonstances particulières, à exiger la création d'une entreprise commune ou d'une société, une fédération avec un nouveau conseil d'administration ou la fusion d'hôpitaux.

10.6 LES RÈGLEMENTS

La majeure partie de la mise en oeuvre de la loi, son application et ses procédures, est établie dans les règlements. Le lieutenant-gouverneur en conseil (Conseil des ministres) a le droit de prendre des règlements sans consulter les parties touchées. Dans la réalité, il y a souvent des consultations, parfois systématiques, parfois moins officielles. Les règlements sont parfois pris dans une forme fautive qui aurait pu être corrigée si une consultation plus complète ou appropriée avait eu lieu.

Il est raisonnable que la nouvelle Loi sur les hôpitaux publics exige que le ministre consulte les hôpitaux et les autres intervenants avant de modifier des règlements ou d'en rédiger d'autres. Cette exigence ne changerait pas le droit du Conseil des ministres de prendre des règlements en situation d'urgence sans faire des consultations.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(10.11) Le ministre de la Santé devrait consulter les hôpitaux et les autres intervenants avant de modifier ou d'élaborer de nouveaux règlements, sauf lors de situations d'urgence lorsqu'il n'est pas dans l'intérêt public d'avoir un délai.

10.7 LA RESPONSABILITÉ QUANT À LA QUALITÉ

Chaque hôpital est responsable de la qualité des soins et services qu'il fournit aux malades. Il est peu probable que cette situation change. Personne n'est plus en mesure d'assurer la qualité dans l'hôpital que l'hôpital lui-même.

Étant donné les grandes variations dans les programmes d'amélioration de la qualité des hôpitaux, le Ministère peut aider les hôpitaux par une organisation ou un effort concerté pour promouvoir, coordonner et diriger l'éducation, la recherche et la formation transprofessionnelle en contrôle de la qualité et en gestion.

Le public est fortement intéressé à s'assurer que le contrôle de la qualité et les activités entourant la gestion de la qualité de chaque hôpital répondent à certaines normes minimums raisonnables. Le Ministère peut venir en aide en prenant, après consultation appropriée, des règlements concernant la qualité des soins et des services dans l'hôpital.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(10.12) **La Loi sur les hôpitaux publics devrait prévoir l'élaboration de règlements concernant la qualité des soins et des services dans les hôpitaux.**

(10.13) **Le ministre de la Santé devrait étudier la possibilité de créer un institut qui servira à promouvoir et coordonner l'éducation, la recherche et la formation professionnelle dans la gestion et l'amélioration des services de santé.**

10.8 LES ENQUÊTES

Comme les hôpitaux sont des établissements publics, le ministre devrait avoir le pouvoir de suivre leurs activités et d'intervenir au besoin. Aux termes de la Loi sur les hôpitaux publics actuelle, le Conseil des ministres peut nommer une personne ou

plus pour enquêter et faire un rapport sur la qualité de la gestion et de l'administration d'un hôpital, et la qualité des soins et traitements des malades à l'hôpital. Ce vaste pouvoir ne devrait pas changer avec la nouvelle loi. Il serait contraire à l'intérêt public d'essayer de définir trop étroitement ou de limiter le pouvoir discrétionnaire du Conseil des ministres d'intervenir lorsqu'il le juge nécessaire.

Aux termes de la loi actuelle, le ministre doit fournir une copie du rapport de l'enquêteur au conseil d'administration de l'hôpital. Du point de vue de l'équité, la nouvelle loi devrait préciser le droit de l'hôpital de recevoir une copie du rapport de l'enquêteur au moment où il est déposé au Conseil des ministres et le droit d'y réagir dans un délai raisonnable s'il le désire. La nouvelle loi devrait exiger que le Conseil des ministres tienne compte de cette réaction dans ses délibérations. Elle devrait également préciser le délai à l'intérieur duquel l'hôpital doit réagir afin de ne pas retarder indûment le pouvoir du Conseil des ministres de prendre les décisions nécessaires. Dans l'intérêt public, la nouvelle loi devrait aussi préciser qu'en cas d'urgence, le Conseil des ministres peut agir avant d'avoir reçu la réaction de l'hôpital au rapport de l'enquêteur.

Recommandation :

Nous recommandons ce qui suit :

(10.14) **La Loi sur les hôpitaux publics devrait prévoir la réglementation des hôpitaux par le ministre, par l'examen du rendement et l'intervention lorsqu'il est nécessaire de protéger l'intérêt public.**

(10.15) **La Loi sur les hôpitaux publics devrait préserver le pouvoir discrétionnaire du Conseil des ministres de nommer des enquêteurs lorsque des préoccupations concernant la qualité de la direction, de la gestion, des traitements fournis ou des soins donnés dans un hôpital ont été soulevées.**

(10.16) La Loi sur les hôpitaux publics devrait exiger que le ministre fournisse un exemplaire du rapport de l'enquêteur qu'il a remis au président du conseil de l'hôpital lors du dépôt du rapport devant le Conseil des ministres.

(10.17) La Loi sur les hôpitaux publics devrait indiquer que les hôpitaux peuvent faire des présentations devant le Conseil des ministres concernant le rapport de l'enquêteur avant qu'il ne prenne sa décision, sauf lors de situations d'urgence.

ANNEXE I

MEMBRES

EXAMEN DE LA LOI SUR LES HÔPITAUX PUBLICS

MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION

D' Ted Broadway
Directeur, politiques sur la santé
Association des médecins de l'Ontario
Toronto

Janet Ecker (à compter de sept. 1991)
Directrice, Recherche en politiques et analyse
Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
Toronto

Peter Ellis
Président
Centre des sciences de la santé Sunnybrook
Toronto

Dave Innes, c.r.
Administrateur
Hôpital Memorial de Sudbury

Jane Kilthei
Présidente-élue
Association des sages-femmes de l'Ontario
Locust Hill

J. Douglas Lawson, c.r.
Président sortant
Conseils régionaux de santé de l'Ontario
Windsor

Patricia McGee
Directrice
Hôpitaux d'enseignement et hôpitaux spécialisés
Ministère de la Santé

Margaret Risk
Directrice générale
Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Toronto

Ron Sapsford (président, à compter de juin 1991)
Directeur
Direction des hôpitaux communautaires
Ministère de la Santé

D' Tom Dickson
Médecin
Association des médecins de l'Ontario
Brampton

Rick Edwards
Défenseur de la santé communautaire
Toronto

Fred Griffith, B.A., O.D.
Président honoraire
Group Health Centre
Sault Ste. Marie

Jay Kaufman (président sortant, juin 1991)
Secrétaire du Conseil du Trésor
ancien sous-ministre adjoint
Ministère de la Santé

Shirley Laforme
Vice-présidente
Services aux malades
Hôpital McKellar General
Thunder Bay

Mary Catherine Lindberg
Sous-ministre adjointe
Ministère de la Santé

Barry J. Monaghan
Président et directeur général
Hôpital West Park
Toronto

Mark Rochon
Président
Hôpital Humber Memorial
Weston

D' Duncan Sinclair
Vice-président (sciences de la santé)
et Doyen, Faculté de médecine
Université Queen's
Kingston

Verna Steffler
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers auxiliaires de l'Ontario
Toronto

Barb Stuart, R.P. Dt.
Directrice des affaires publiques
Association des diététistes de l'Ontario
Toronto

D' Emerson Woodruff, Ph.D., O.D.
Président honoraire
Conseil régional de santé de Waterloo

David Coburn (a démissionné en févr. 1991)
Université de Toronto

D' Tony Shardt (a démissionné en juin 1991)
Directeur, Recherche en politiques et analyse
Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
Toronto

Glenna Cole Slattery (a démissionné en mai 1991)
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Toronto

Personnel de soutien

Consultants du Comité de direction

Earl Berger, Ph. D. (Écon.) C.M.C.
Directeur général
The Canada Health Monitor
Toronto

Mark Hundert, CHE
Hunderts & Associates
Toronto

Conseillère en recherches - Jane Fulton, Ph. D., Université d'Ottawa

Ressources du ministère de la Santé

Theresa Firestone
Coordonnatrice
Unité des politiques relatives aux mesures législatives

Carole McKeogh
Avocate
Direction des services juridiques

Doug Enright
Expert-conseil
Unité des politiques relatives aux mesures législatives

Halyna Perun
Avocate
Direction des services juridiques

GROUPES DE TRAVAIL

Direction

D' Duncan Sinclair (président)
Peter Ellis
Jay Kaufman (a démissionné en juin 1991)
Ron Sapsford (à compter de juin 1991)
D' Ted Boadway
Dave Innes
Doug Lawson
David Coburn (a démissionné en févr. 1991)

Utilisation et efficacité

Mary Catherine Lindberg (présidente)
Shirley Laforme
D' Emerson Woodruff
D' Tom Dickson
D' Tony Shardt (a démissionné en juin 1991)

Autres membres

Beth Johnson
Programme de l'assurance de la qualité
Centres des sciences de la santé Sunnybrook

Jenny Wong
Gestion de la qualité
Ministère de la Santé

Soeur Winnifred McLoughlin
Directrice générale
Hôpital General de Sudbury

Gestion, planification et financement

Mark Rochon (président)
Ron Sapsford
Fred Griffith
Glenna Cole-Slattery (a démissionné en mai 1991)

Autres membres

Ross Baker, Ph. D.
Département de l'administration de la santé
Université de Toronto

D' Rob Williams
Médecin chef
Hôpital général St. Mary's
Timmins

George Pink, Ph. D.
Département de l'administration de la santé
Université de Toronto

Patients, résidents et public : participation, droits et rôles

Rick Edwards (président)
Margaret Risk

Barb Stuart

Autres membres

Anne Coy
Patients' Rights Association
Toronto

John Demarco
Office des personnes handicapées
Toronto

Beatrix Robinow
Association des consommateurs du Canada
Toronto

Rose Rubino
Association des consommateurs du Canada
Toronto

Hôpitaux - relations professionnelles

Barry J. Monaghan (président)
Jane Kilthei

Patricia McGee
Verna Steffler

Comité de professionnels de la santé

D' Ted Burge
Chiropraticien
Hawkesbury

Bobbie Carefoot, R.N.
Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

D' Hugh Curry
Chef/directeur
Hôpital Civic de Peterborough

D' David Evans
Psychologue
Université Western Ontario

Marel Fielding
Association des physiothérapeutes de l'Ontario

D' Peter Granger, V.-P.
Hôpital General de North York

John Johnson
Association des physiothérapeutes de l'Ontario

Susan Newman, R.N.
Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

D' Warren Neilson
Psychologue
Hôpital University, London

D' Brian Ridgely
Psychologue
Centre des sciences de la santé Sunnybrook

ANNEXE II

MÉMOIRES

LISTE DES MÉMOIRES CONCERNANT LA LOI SUR LES HÔPITAUX PUBLICS

NOM DES ORGANISMES OU DES PARTICULIERS

Association des auxiliaires d'hôpitaux de l'Ontario
Association canadienne de physiothérapie
Association des infirmières et infirmiers auxiliaires diplômés de l'Ontario
Association des infirmières de l'Ontario
Association des médecins de l'Ontario (2 mémoires)
Association of Ontario Health Centres
Association provincials des présidents des conseil régionaux de santé de l'Ontario
Association de psychologie de l'Ontario (2 mémoires)
Association des sages-femmes, comité sur la loi
Association des sages-femmes de l'Ontario
Association pour la santé publique de l'Ontario
Association of Treatment Centres
Auxiliaires de l'hôpital General de Belleville
Auxiliaires de l'hôpital General de Brockville
Auxiliaires de l'hôpital General de Kingston
Bureau des examinateurs en psychologie de l'Ontario
Citizens for Fiscal Responsibility in Hospitals
Conseil d'administration des chiropraticiens
Conseil d'administration des physiothérapeutes
Conseil régional de santé de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington
Conseil régional de santé de Thunder Bay
Hôpital Douglas Memorial, D' R.S.H. Twidle, chef du personnel, Fort Erie
Hôpital General & Marine de Collingwood
Hôpital General de Scarborough, association du personnel médical
Hôpital General de Belleville, président du personnel médical
Hôpital Riverdale, chef et président du personnel médical, Toronto
Hôpital Stevenson Memorial, Alliston
Hospital Council of Metropolitan Toronto
Interim Regulatory Council on Midwifery (2 mémoires)
Ontario Association of Medical Radiation Technologists
Ontario Association of Optometrists
Ontario Association of Radiology Managers
Ontario Association of Speech Language Pathologists & Audiologists (2 mémoires)
Ontario Chief Psychologists Association
Ontario Council of Teaching Hospitals (3 mémoires)
Ontario Dental Association
Ontario Dietetic Association
Ontario Hospital Association (2 mémoires)
Ontario Society of Occupational Therapists
Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
Ordre des pharmaciens de l'Ontario
Patients Rights Association
Registered Nurses' Association (2 mémoires)
Royal Ottawa Health Care Group, Hôpital Royal d'Ottawa
Services de bénévoles de l'hôpital Hotel Dieu, Kingston
Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, division de l'Ontario
Syndicat canadien de la fonction publique, St. Catharines
The Association of Nurses Executives of Metropolitan Toronto
The Council of Ontario Faculties of Medicine (2 mémoires)

The Mississauga Hospital
The Royal College of Dental Surgeons
Union internationale des employés des services
Université de Toronto, Faculté de médecine, D^{r} J.L. Provan

PARTICULIERS

J. Anthony Brunelle, B.A., D.C., Kanata
D^{r} Andrew H. Chapeski, Barry's Bay
D^{r} John P.F. Chin, Toronto
D^{r} Ray Corrin, Ottawa
Lee A. Cowley, B.Sc., D.C., Wingham
M^{me} Margaret Dyck, Thunder Bay
D^{r} M.J. Girotti, London
Janis J. Guthy, B.A., D.C., Haliburton
D^{r} A.A. Horn, Kitchener
D^{r} H. Hutchison, Trenton
Micheal Keating, London
Wolf Krichmeir, Blind River
D^{r} E.J. Kryn, Kitchener
Dean Love D.C., Sault Ste. Marie
Elizabeth Macrae, Guelph
J.A. McGrory, Ph.D., C. Psych. Windsor
Angelo G. Mione, D.C., Chapleau
Ronald W. Monteith, Toronto
D^{r} R.N. Richards, Willowdale
John W. Saris, London